UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

Bullying entre personas mayores: su impacto sobre la calidad de vida e inteligencia emocional

Dª. Isabel María García Munuera

2024

UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

Bullying entre personas mayores: su impacto sobre la calidad de vida e inteligencia emocional

Autora: Dª. Isabel María García Munuera

Directoras: Dª Cecilia Ruiz Esteban e Inmaculada Méndez

UNIVERSIDAD DE MURCIA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

Dª. Isabel Mª García Munuera

doctorando del Programa de Doctorado en

Psicología

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Bullying en personas mayores: su impacto sobre la calidad de vida e inteligencia emocional

y dirigida por,

D./Dña. Cecilia Ruiz Esteban

D./Dña. Inmaculada Méndez

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 22 de mayo de 2024

Fdo.: Isabel María García Munuera

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

Las Doctoras Dña. Cecilia Ruiz Esteban e Inmaculada Méndez, Profesoras del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, como directoras de la tesis presentada para aspirar al grado de Doctora por Dña. Isabel Mª García Munuera,

HACEN CONSTAR:

Que la tesis **"Bullying en personas mayores: su impacto sobre la calidad de vida e inteligencia emocional"** realizada por la citada doctoranda, reúne las condiciones científicas y académicas necesarias para su presentación.

Murcia, 2024

Dña. Cecilia Ruiz Esteban e Inmaculada Méndez

"La gratitud es la memoria del corazón."

Lao Tsé.

A mis padres, a mis abuelas.

A mis abuelos, que nos cuidan desde el cielo.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dedicar unas palabras de agradecimiento a todas aquellas personas que de forma directa o indirecta han contribuido a la realización de esta tesis doctoral. Ha sido un camino complicado, todo un reto profesional y académico que no hubiera sido posible sin las personas que me han acompañado.

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi directora de tesis, Inmaculada Méndez Mateo por su apoyo incondicional, por la confianza que ha depositado en mi desde siempre, por su cariño, su atención e infinita paciencia. Hace un tiempo, leí un escrito que hablaba sobre las "personas faro" que son aquellas que "alumbran tu camino con su luz cuando te pierdes, guiándote para encontrarte; personas que te aportan seguridad cuando la duda se apodera de ti; personas a las que puedes acudir cuando algo te preocupa y que pese a brillar mucho, nunca pretenderán eclipsar tu luz. Las personas faro te apoyan en tu camino y son apoyo cuando te caes, te recuerdan con su amor que lo primero es que te quieras." Para mí, Inma es una de esas personas. Nunca podré agradecerle todo lo que me ha aportado y ayudado. Es un ejemplo a seguir. Te admiro Inma, gracias por cruzarte en mi camino, por ser luz y por la ilusión y profesionalidad que le pones a todo lo que haces.

En segundo lugar, le agradezco a mi tutora de tesis, Cecilia Ruiz-Esteban, su enorme paciencia, sus palabras de ánimo, su gran apoyo, ilusión, dedicación e interés en la realización de este proyecto. Me siento muy afortunada de haber contado con ella en la elaboración de mi tesis doctoral. Hace un tiempo escuché a un compañero decir que en la realización de su tesis doctoral se había sentido "a hombros de gigantes", y no encuentro mejor forma de definir cómo me he sentido compartiendo esta experiencia con estas dos grandes profesionales.

En tercer lugar, me gustaría agradecer esta tesis doctoral a mi familia. En especial a mis padres y a mis hermanos, por su apoyo, por sus valores, por su amor incondicional, por hacer hasta lo imposible y acompañarme en todas mis aventuras, por dejarme volar y ser siempre hogar. Gracias por estar ahí siempre que os necesito. A mis dos abuelas por todo el amor, sabiduría y buenos momentos que nos han regalado y que, por suerte, nos siguen regalando. A mis abuelos, a los que dedico esta tesis, que nos cuidan desde el cielo.

Me gustaría también expresar mi agradecimiento a la Universidad de Murcia y a la Escuela Internacional de Doctorado de la UM por hacer posible la realización de esta tesis. A todos los centros institucionalizados de la Región de Murcia y Universidad de Mayores de la

Universidad de Murcia que me abrieron sus puertas, al personal de esos centros que me trató de forma excepcional, así como a las personas mayores que accedieron a participar en este estudio, haciéndolo posible. Con especial cariño al equipo multidisciplinar del Servicio de Estancias Diurnas de Mensajeros de la Paz de Lorca y de la Residencia de Mayores Hogar de Betania de Murcia, de los que tengo la suerte de formar parte y realizar la bonita y compleja labor de la psicología. A los residentes y usuarios de dichos centros, por regalarme cada día sonrisas, afecto y su eterna sabiduría.

Por otro lado, me gustaría expresar mi agradecimiento a Félix por su cariño, comprensión y paciencia. Por ser apoyo y equipo. Por los momentos de risas, complicidad y desconexión que han sido tan necesarios en este arduo camino. A mis amigos, a los de siempre, a mis compañeras de vida y a todos los que han estado ahí, me han apoyado y comprendido durante esta etapa de mi trayectoria académica tan emocionante y a la vez exigente.

A mis peludos de cuatro patas, por su amor incondicional y por los momentos de paz, tranquilidad y felicidad que siempre nos regalan. Porque sin saberlo, me han hecho mucho más llevadero este recorrido.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS **13**

INTRODUCCIÓN **23**

PARTE TEÓRICA **25**

INTRODUCCIÓN **27**

CAPÍTULO 1. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN **29**

1.1 Envejecimiento: conceptualización y formas de envejecer 35

1.2. Factores determinantes de un envejecimiento saludable o activo vs factores de riesgo 41

1.3. Hacia una nueva conceptualización: el envejecimiento saludable 47

1.4. Datos actuales del envejecimiento demográfico en España y en Europa ... 48

1.5 El entorno y su importancia en la vejez 49

1.6. Personas mayores y centros institucionalizados 51

1.7. Otros lugares de convivencia de personas mayores 53

1.7.1 Los servicios de estancias diurnas o centros de día y centros sociales 53

1.7.2 La universidad de mayores o aulas seniors 54

CAPÍTULO 2. EL FENÓMENO DEL BULLYING O ACOSO ENTRE IGUALES **56**

2.1. Definiendo el constructo bullying o acoso entre iguales 60

2.2. Agresividad, agresión, violencia y bullying 62

2.3. Criterios básicos del bullying o acoso entre iguales 63

2.3.1. El criterio de intencionalidad 63

2.3.2. Criterio de repetitividad 64

2.3.3. Criterio de desequilibrio de poder 64

2.4. Perfiles implicados en el fenómeno del bullying: características y consecuencias 65

2.4.1. El rol de acosador o agresor 66

2.4.2. El rol de víctima o acosado 68

2.4.3. El rol del espectador, observador o testigo 70

2.5. Tipos o manifestaciones del bullying/ acoso entre iguales 72

2.5.1. Ciberbullying/ acoso cibernético: cuando el acoso entre iguales se da a través de las nuevas tecnologías 74

2.6. El bullying en contextos escolares 75

2.6.1. Prevalencia del bullying en menores/ adolescentes en el ámbito escolar 75

2.6.2. Prevalencia del bullying en el ámbito universitario 76

2.6.3. Prevalencia del bullying en lugares de convivencia de personas mayores .. 77

2.7. El bullying entre personas mayores 80

2.7.1. Delimitando el término bullying en personas mayores 80
2.7.2. Bullying vs alteraciones conductuales en demencias 81
2.7.3. Investigaciones previas sobre el bullying en personas mayores..... 82
2.7.4. Factores de riesgo del bullying entre personas mayores 91
2.7.5. Consecuencias del bullying en personas mayores..... 93
2.7.6. Instrumentos de evaluación del acoso entre personas mayores..... 96
2.7.7. Prevención del bullying entre personas mayores 99
2.7.8. Intervención del bullying entre personas mayores 102
CAPÍTULO 3. INTELIGENCIA EMOCIONAL 107
3.1. Definiendo el constructo de Inteligencia Emocional.....112
3.2. Instrumentos de evaluación de la Inteligencia Emocional 115
3.3. Inteligencia Emocional y problemas de relaciones entre iguales 120
3.4. Envejecimiento e Inteligencia Emocional 122
CAPÍTULO 4. CALIDAD DE VIDA.....125
INTRODUCCIÓN 127
4.1. Definiendo el constructo de calidad de vida.....130
4.2. Calidad de vida en personas mayores.....136
4.3. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en personas mayores..137
4.4. Calidad de vida, inteligencia emocional y bullying entre personas mayores139
PARTE EMPÍRICA.....143
CAPÍTULO 5. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN....145
INTRODUCCIÓN 147
5.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 149
5.1.1. Objetivo general 149
5.1.2. Objetivos específicos.....149
5.2. DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....150
5.3. VARIABLES DEL ESTUDIO 151
5.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....152
5.4.1 Test de Acoso entre personas mayores.....152
5.4.2. Cuestionario sobre Calidad de Vida 153
5.4.2. Cuestionario sobre Inteligencia emocional.....154
5.5. PROCEDIMIENTO 155
5.6. ANÁLISIS ESTATÍSTICO DE LOS DATOS.....156
CAPÍTULO 6. ANÁLISIS Y RESULTADOS 157
INTRODUCCIÓN 159
6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO E INFERENCIAL 160
6.1.1. Análisis del bullying entre mayores 160

6.1.2. Análisis del rol de víctima (exclusión social) entre personas mayores . 162
6.1.3. Análisis del rol de víctima-agresora entre personas mayores..... 163
6.1.4. Análisis del rol de víctima (violencia verbal y agresión mediante armas) en bullying entre personas mayores 164
6.1.5. Análisis del rol de agresor en bullying entre personas mayores..... 165
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS..... 167
INTRODUCCIÓN 169
CAPÍTULO 7.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 171
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES 179
INTRODUCCIÓN 181
8.1. PRINCIPALES CONCLUSIONES DEL ESTUDIO..... 183
CAPÍTULO 9. APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN 185
INTRODUCCIÓN 187
9.1. APLICABILIDAD 189
9.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO..... 189
9.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN 190
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 193
ANEXOS 221
ANEXO I..... 223
Informe favorable del Comité de Ética 223
ANEXO II. 227
Modelo de declaración de consentimiento informado 227

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matizaciones de los diferentes términos de envejecimiento saludable. Elaboración propia a partir de Fernández-Mayoralas et al. (2018) y Domínguez (2023) 38

Tabla 2. Principales modelos del envejecimiento activo/ saludable. Elaboración propia a partir de Abud et al. (2022); Petretto et al. (2016) y Guerrero y Molina (2024) 44

Tabla 3 Principales consecuencias del bullying en función del rol asumido 71

Tabla 4. Principales estudios empíricos sobre intimidación entre personas mayores 87

Tabla 5. Consecuencias asociadas al bullying en personas mayores 95

Tabla 6. Principales intervenciones en los tres niveles de intervención 101

Tabla 7. Principales modelos de Inteligencia Emocional 114

Tabla 8. Principales escalas de medida de IE para personas mayores en población española 118

Tabla 9. Dimensiones de calidad de vida con las que trabajaremos en nuestro estudio siguiendo la propuesta de Molero et al. (2012) 135

Tabla 10. Principales escalas de evaluación de la Calidad de Vida en personas mayores adaptados y validados en población española 139

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de la muestra del estudio según características sociodemográficas y académicas 150

Tabla 12. Ejemplos de ítems del Cuestionario de Bullying 152

Tabla 13. Ejemplos de ítems para cada factor del cuestionario de calidad de vida 154

Tabla 14. Ejemplos de ítems para cada factor del cuestionario de inteligencia emocional 155

Tabla 15. Formas de manifestación del bullying en función del rol asumido 161

Tabla 16 Análisis de regresión jerárquica para la predicción del rol de víctima (exclusión social) entre personas mayores 162

Tabla 17. Análisis de regresión jerárquica para la predicción del rol de víctima agresora entre personas mayores 163

Tabla 18. Análisis de regresión jerárquica para la predicción del rol de víctima (violencia verbal y agresión mediante armas) entre personas mayores 164

Tabla 19. Análisis de regresión jerárquica para la predicción del rol de agresor entre personas mayores 165

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representación del Modelo multidimensional-multinivel 41
Figura 2. Principales factores de riesgo para ser objeto de bullying entre personas mayores 93

INTRODUCCIÓN

Esta tesis doctoral está enmarcada en las líneas de investigación que desarrollan las profesoras Cecilia Ruiz Esteban e Inmaculada Méndez sobre calidad de vida, inteligencia emocional y convivencia en persona mayores.

En este sentido, cabe indicar que las investigaciones previas de las directoras de la han permitido crear el marco sobre el que se configura la tesis doctoral que surge de una necesidad imperante en las personas mayores: indagar sobre las relaciones entre las personas mayores en diversos contextos comunitarios de convivencia, y cómo interfiere en la calidad de vida e inteligencia emocional de este sector de la población.

La tesis doctoral se estructura en dos partes delimitadas de la siguiente manera: en primer lugar, el marco teórico y, en segundo lugar, el marco empírico.

El marco teórico se centra en un análisis de la situación actual del envejecimiento, la calidad de vida, la inteligencia emocional, así como la convivencia entre las personas mayores.

El marco empírico se centra en el análisis de los datos tanto a nivel descriptivo como inferencial con la finalidad de discutir y concluir sobre el estudio realizado.

PARTE TEÓRICA

INTRODUCCIÓN

El marco teórico se ha estructurado para ofrecer un análisis de la situación del envejecimiento, de la calidad de vida, la inteligencia emocional y la convivencia entre las personas mayores.

En primer lugar, se conceptualiza el proceso de envejecimiento, se realiza una visión de los conceptos de envejecimiento activo y saludable y se expone la situación de envejecimiento demográfico que se está experimentando a nivel internacional y nacional.

En segundo lugar, conceptualizamos el término de bullying en general, analizamos los tipos, prevalencia y consecuencias realizando una comparativa entre el acoso escolar con el acoso entre personas mayores. Se señalan los principales hallazgos de investigaciones previas sobre este fenómeno en personas mayores.

En tercer lugar, se realiza una revisión sobre el término de inteligencia emocional, en este sentido, se revisan sus principales modelos, los métodos de evaluación, cómo actúa la inteligencia emocional en el colectivo de personas mayores y el impacto del acoso entre iguales en la inteligencia emocional.

Por último, se analiza el término de calidad de vida, revisando sus principales definiciones y dimensiones, método de evaluación y su importancia durante el proceso de envejecimiento, así como el impacto del fenómeno del bullying sobre la misma.

CAPÍTULO 1. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico y social de gran relevancia en la actualidad, caracterizado por el aumento significativo en el número y proporción de personas mayores dentro de la población global. Este proceso, impulsado por la disminución de las tasas de natalidad y el incremento de la esperanza de vida, plantea múltiples desafíos y oportunidades para las sociedades modernas. En este capítulo se abordará, entre otros, el concepto de envejecimiento saludable, se presentarán algunos datos demográficos clave y se discutirá la institucionalización y sus alternativas en el cuidado de las personas mayores.

El envejecimiento poblacional se debe en gran parte a los avances en medicina, nutrición y condiciones de vida que han permitido a las personas vivir más tiempo. Según datos del Banco Mundial, la esperanza de vida global ha aumentado considerablemente y junto con la disminución en las tasas de natalidad, ha llevado a una transformación demográfica significativa. Estas tendencias demográficas tienen profundas implicaciones para la economía, los sistemas de salud y las estructuras sociales de estos países.

El concepto de envejecimiento saludable es fundamental en la discusión sobre el envejecimiento de la población. Este enfoque no se centra únicamente en la ausencia de enfermedades, sino en optimizar las oportunidades para la salud física, mental y social, con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que se envejece. La capacidad funcional se refiere a la capacidad de los individuos de realizar las actividades que valoran, y está influenciada tanto por las capacidades intrínsecas (las características físicas y mentales de la persona) como por el entorno en el que viven.

Promover el envejecimiento saludable implica abordar una amplia gama de factores que afectan la salud y el bienestar de las personas mayores. Estos incluyen el acceso a servicios de salud adecuados, la promoción de estilos de vida saludables, la participación social, y la creación de entornos que apoyen a las personas mayores. La atención a las enfermedades crónicas, la promoción de la actividad física, una dieta equilibrada y la prevención del aislamiento social son componentes esenciales de una estrategia integral de envejecimiento saludable.

La institucionalización de las personas mayores, es decir, su residencia en establecimientos como hogares de ancianos o residencias de larga duración, es un tema central en el debate sobre el envejecimiento de la población. La institucionalización puede proporcionar un entorno seguro y acceso a cuidados médicos y asistencia diaria, especialmente para aquellos con enfermedades crónicas o discapacidades. Sin embargo, también plantea desafíos significativos, incluyendo el costo elevado de estos servicios, la potencial pérdida de autonomía y el riesgo de aislamiento social.

Alternativamente, muchos países están explorando modelos de cuidado. Las políticas de envejecimiento activo también juegan un papel crucial en la promoción del envejecimiento saludable y la reducción de la necesidad de institucionalización. Estas políticas buscan fomentar la participación activa de las personas mayores en la sociedad a través de actividades laborales, voluntariado, educación continua y participación social. La integración de las personas mayores en la vida comunitaria no solo mejora su bienestar, sino que también puede beneficiar a la sociedad en general, al aprovechar su experiencia y conocimientos.

La tecnología también ofrece nuevas oportunidades para apoyar el envejecimiento saludable y la atención a las personas mayores. Las innovaciones en telemedicina, dispositivos de monitoreo de salud y hogares inteligentes pueden ayudar a las personas mayores a gestionar mejor su salud y mantenerse conectadas con sus familias y comunidades. Sin embargo, es crucial garantizar que estas tecnologías sean accesibles y fáciles de usar para las personas mayores, y que no exacerben la brecha digital.

El envejecimiento de la población también tiene implicaciones económicas significativas. A medida que aumenta el número de personas mayores, también lo hace la demanda de servicios de salud y cuidados a largo plazo, lo que puede ejercer una presión considerable sobre los sistemas de salud y los presupuestos públicos.

En conclusión, el envejecimiento de la población es un fenómeno complejo que plantea tanto desafíos como oportunidades para las sociedades modernas. Promover el envejecimiento saludable es esencial para garantizar que las personas mayores puedan disfrutar de una buena calidad de vida y seguir contribuyendo a sus comunidades. Esto requiere un enfoque integral que incluya el acceso a servicios de salud adecuados, la promoción de estilos de vida

saludables, la creación de entornos amigables para las personas mayores y el apoyo a modelos de cuidado que favorezcan la autonomía y la participación social. Al mismo tiempo, es fundamental adaptar las políticas económicas y sociales para responder a las necesidades de una población envejecida y asegurar la sostenibilidad de los sistemas de bienestar. Solo a través de un enfoque holístico y coordinado se podrá afrontar con éxito el reto del envejecimiento de la población y aprovechar las oportunidades que este fenómeno presenta.

1.1 ENVEJECIMIENTO: CONCEPTUALIZACIÓN Y FORMAS DE ENVEJECER

El envejecimiento de la población es una realidad que se está haciendo evidente en las últimas décadas (Buedo-Guirado et al., 2020; Ellis et al., 2018; Flores et al., 2019), lo que supone un gran reto social (Oficina C, 2023). El crecimiento de la esperanza de vida como consecuencia del avance de la medicina y el descenso de la tasa de natalidad (Flores et al., 2019; Ruiz-Esteban et al., 2023) está provocando un aumento de la edad media de la población, sobre todo en los países desarrollados (Cuesta y Raya, 2023), esto es, la población de mayores de 65 años está aumentando de forma significativa (Rodríguez, 2023). La disminución del número de hijos por familia y el aumento de la brecha intergeneracional están provocando importantes cambios sociodemográficos que afectan a nuestro estilo de vida y a la convivencia, aumentando los casos de soledad y aislamiento en la población mayor (Yanguas, 2021). La tercera edad o la vejez según Baltes y Smith (2003) es una etapa del desarrollo evolutivo del ser humano que comienza entre los sesenta y setenta años de edad hasta la muerte. Si bien es cierto, no existe un consenso acerca de la edad de inicio de la etapa de la vejez, en los países de occidente se ha estipulado la edad de sesenta y cinco años como edad cronológica de inicio de esta etapa (Secades, 2023) otros autores consideran que la vejez comienza a partir de los sesenta años (Hancock y Pillemer, 2022). El envejecimiento es un proceso largo y que conlleva grandes cambios a nivel físico, cognitivo y de roles sociales para la persona (Oficina C, 2023). Tanto es así que en las últimas décadas se han establecido diversas políticas sociales para fomentar el envejecimiento activo y saludable (Zarebski, 2021) en respuesta a los cambios sociodemográficos que se están produciendo a nivel nacional y mundial con una tendencia progresiva hacia el envejecimiento de la población (Martínez et al., 2021; Rodríguez, 2023; Triadó, 2018).

El envejecimiento ha sido definido, mayoritariamente, desde el punto de vista biomédico (Fernández-Ballesteros, 2023; Rodríguez, 202; Secades, 2023) como una etapa vital o proceso heterogéneo, natural, universal e irreversible, una experiencia individual y variable según factores sociales, genéticos e históricos condicionados por la cultura, la sociedad (Alvarado y Salazar, 2014; Lazarus y Lazarus, 2006), que se produce en todas las personas (Duque-Fernández et al., 2020) cargado de afectos y vivencias estrechamente relacionadas con las relaciones sociales a lo largo de la vida (Lazarus y Lazarus, 2006). Esto es, se trata de un

proceso de carácter multidimensional en el que entran en juego factores biológicos, sociales y psicológicos (Oficina C, 2023). Esta construcción social implica una modificación continua hacia la disminución de la eficacia y rapidez de los procesos corporales y un aumento de la vulnerabilidad ante enfermedades patologías, agresiones y, por tanto, ante la muerte (Rodríguez, 2023) así como supone una pérdida paulatina de la capacidad de adaptación al medio (Lazarus y Lazarus, 2006). En él se involucran las distintas dimensiones del ser humano (Alvarado y Salazar, 2014). En esta línea, Vrijens (2006) conceptualiza este proceso en tres dimensiones: física, psicológica y social, que se inicia en el nacimiento y que hace que las capacidades del individuo mejoren hasta los veinticinco años, tras esta edad comienza a producirse un desgaste orgánico que provoca la limitación en la vitalidad de las personas mayores, hasta la muerte. En otras palabras, envejecer implica un proceso de cambio de carácter interindividual, esto es, que se da de distinta forma en cada persona (Rodríguez, 2023), y requiere la adaptación a estos cambios físicos, psicológicos y sociales, entre otros (Alvarado y Salazar, 2014), que se van produciendo a lo largo del ciclo vital de la persona (Fernández-Ballesteros, 2023; Limón, 2018).

Tradicionalmente, y por influencia de la perspectiva biomédica (Fernández-Ballesteros, 2023; Rodríguez, 2023), se ha asociado el proceso de envejecimiento con diversas connotaciones negativas y patológicas como debilidad, enfermedad, pérdida de juventud y salud, etc. (Cantos, 2018; Quintero, 2020). Sin embargo, en estas últimas décadas, con el surgimiento de la psicología positiva, se ha creado una visión mucho más amplia y positiva del proceso de envejecimiento, acuñando términos como envejecimiento saludable o activo y cambiando el foco de atención en cualidades que amortigüen la adversidad y generen un bienestar mayor. Limón y Ortega (2011) lo explican mediante dos modelos, el modelo deficitario y el modelo de desarrollo. El primero, es aquel que asocia el envejecimiento con la enfermedad e inactividad, como una etapa de involución y decadencia. Se trata de una visión pesimista y tradicional de este proceso, que asocia el envejecimiento con el deterioro, así como con la pérdida de las capacidades de la persona (Rodríguez, 2023). La segunda visión hace referencia a una concepción del envejecimiento más optimista y actual, define el envejecimiento como un proceso de desarrollo biográfico y lleno de posibilidades, actividad y humanización, un periodo donde al igual que en el resto de etapas de la vida, se producen ganancias (Rodríguez, 2023; Triadó, 2018). En la literatura (Fernández-Ballesteros, 2023; Petretto et al., 2016), se diferencian ampliamente tres formas de envejecer, estas son: de forma normal, patológica y óptima. En primer lugar, tenemos el envejecimiento normal o primario, que es aquel que

tiene lugar de forma progresiva a medida que pasa el tiempo y conlleva un conjunto de cambios a nivel biológico, social y fisiológico considerados normales, en los que no se experimenta patología física ni psíquica. En segundo lugar, nos encontramos con el envejecimiento patológico que es aquel en el que se producen unos cambios que no son propios del envejecimiento natural, sino que derivan de patologías como las demencias, trastornos psicopatológicos y del estado de ánimo como la depresión o la ansiedad, así como hábitos poco saludables y otros problemas de salud. Esta forma de envejecer se puede revertir o incluso prevenir, lo que lo diferencia del envejecimiento normal que es ineludible. A este tipo de envejecimiento también se le conoce como envejecimiento secundario. En tercer lugar, está el envejecimiento óptimo, que es aquel que se producen en las mejores condiciones físicas, orgánicas, económicas y sociales, con una presencia mínima o nula de patologías. Para gozar de este proceso de forma exitosa debemos poner en práctica unos adecuados hábitos de vida que sean saludables, como cuidar la dieta, practicar ejercicio físico y mental, lo que promoverá la autonomía e independencia. Se han utilizado numerosos términos para referirse a él, como saludable, sano, vital, productivo, óptimo, competente, etc. (Fernández- Mayoralas et al., 2018) siendo el más aceptado el término de envejecimiento activo. Este término fue utilizado por primera vez por Havisghurst (1961), este autor señalaba la importancia de promover la satisfacción y la felicidad (Petretto et al., 2016) con su Teoría de la Actividad (Yanguas, 2021). En este sentido, cabe señalar que Rodríguez (2023) y Fernández-Ballesteros et al. (2018) realizan ciertas matizaciones diferenciales sobre algunos de estos términos, que en la mayor parte de literatura se han utilizado sin distinción (Fernández-Ballesteros, 2023; Fernández-Mayorales et al., 2018; Petretto et al., 2016; Torregrosa, 2019). Véase la Tabla 1, donde se señalan dichas matizaciones.

Tabla 1.

Matizaciones de los diferentes términos de envejecimiento saludable. Elaboración propia a partir de Fernández-Mayoralas et al. (2018) y Domínguez (2023)

Envejecimiento exitoso	"Proceso de envejecer que se da con una baja probabilidad o ausencia de enfermedades o patologías. Dentro de esta denominación se puede incluir los dos tipos de siguientes, el envejecimiento activo y el envejecimiento saludable."
Envejecimiento saludable	"Adquisición de hábitos de vida saludables a lo largo del ciclo vital con unos efectos positivos durante la etapa de la vejez. Se refiere a la ausencia de enfermedad y autonomía para llevar a cabo las ABVD."
Envejecimiento activo	"Este constructo, atiende los aspectos sociales, culturales y motivacionales del entorno personal del sujeto, además de los aspectos físicos. Hace referencia al funcionamiento cognitivo y funcional intacto, e incluye afectos positivos."
Envejecimiento productivo	"Este término es el menos utilizado en la literatura científica y se asocia con el compromiso social y la participación social activa."

Tras la definición propuesta por Havisghurst (1961), se desarrollaron diversos modelos y definiciones que intentaban recopilar aquellos factores determinantes en el envejecimiento exitoso (Abud et al., 2022; Guerrero y Molina, 2024; Petretto et al., 2016), los principales se expondrán a lo largo del capítulo. Pese a ello, cabe destacar la definición acuñada por la OMS (2002) del concepto de "envejecimiento activo". Se trata de la conceptualización del término más ampliamente aceptada (del Barrio et al., 2018; Limón y Ortega, 2011; Rodríguez, 2023; Urrutia, 2018). Esta conceptualización surge con el objetivo de conceptualizar el envejecimiento como un proceso de trasformación que permite alcanzar oportunidades de salud, seguridad y participación, con la finalidad de la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (Rodríguez, 2023). La OMS lo define como una etapa donde los individuos logran el bienestar tanto físico, como social y mental máximo, así como la implicación social en base a sus intereses o necesidades, proporcionándose cuidados cuando sea necesario. Con esta definición se pretende incluir en el término activo, las implicaciones sociales, culturales, cívicas y no sólo la faceta económica, de salud y física. A continuación, la definición de la OMS (2002):

> "El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Más concretamente indica que es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital e implicarse en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (OMS, 2002, p.79)."

Tras esta definición se desprenden tres conceptos básicos que conforman el envejecimiento activo, estos son: la salud, la participación y la seguridad, estos suponen tres pilares fundamentales hacia donde deben dirigirse las distintas actuaciones sociales (Cuesta y Raya, 2023; Pettreto et al., 2016), otros autores señalan también el aprendizaje permanente (Limón, 2018). De hecho, una de las preocupaciones de las políticas sociales actuales es el fomento de la participación activa e integración de los adultos mayores en la sociedad actual (Flores et al., 2019). Crear programas sociales para fomentar el envejecimiento activo es clave no

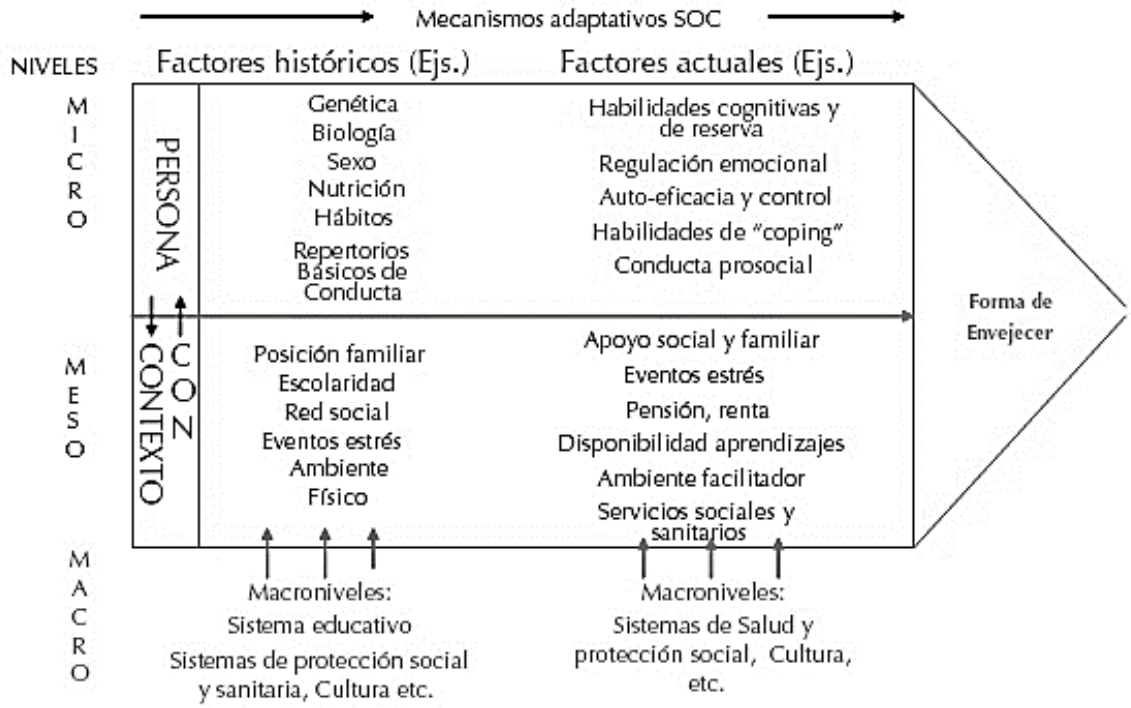
solo para favorecer el bienestar de este colectivo en centros institucionalizados (Buedo-Guirado et al., 2020) sino también en población no institucionalizada, ya que conlleva una reducción del gasto económico, sobre todo sanitario, y social a consecuencia de la discapacidad y pérdida funcional y de autonomía de las personas mayores (Limón, 2018; Flores et al., 2019).

Por otro lado, se encuentra el Modelo de envejecimiento multidimensional-multinivel (Fernández- Ballesteros, 2009, 2011). Con este modelo la autora propone al sujeto como agente activo que posee un control sobre su entorno, con una influencia bidireccional persona-contexto (Rodríguez,2023). Por lo que la forma de envejecer viene determinada por la interacción entre la persona y el contexto. La autora diferencia tres niveles: el macro, el meso y el micro. En cada uno de ellos se incluyen una serie de factores entre los que diferencia los distales y los próximos. Los primeros hacen referencia a variables que han tenido lugar en el pasado y los segundos se refieren a variables que ejercen su influencia en el momento presente. En el nivel micro, que hace referencia al sujeto en sí, como factores distales se encontrarían la genética, los hábitos de vida, la nutrición y los repertorios de conducta y como factores próximos encontraríamos las habilidades cognitivas y de reserva, la regulación emocional, las estrategias de afrontamiento, autoeficacia y conducta prosocial. Por otro lado, en el nivel Meso, que hace referencia al contexto, encontraríamos el nivel formativo, el estatus, el círculo social del individuo, y como variables actuales se incluirían el contexto actual, estresantes vitales, capacidad de aprendizaje, etc. Por último, en el nivel Macro encontraríamos la cultura, el sistema educativo y sanitario con sus cambios a lo largo del tiempo como factores históricos o distales y actuales.

Asimismo, cabe indicar que este modelo vislumbra tres mecanismos de adaptación: de optimización de capacidades y recursos de la persona, de compensación de déficits para hacer frente a las dificultades acaecidas a lo largo de la vida y los de selección, que son aquellos que la persona puede elegir (Rodríguez, 2023), como la profesión. A continuación, en la Figura 1 se representa el Esquema del Modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento de Fernández-Ballesteros (2009, 2011).

Figura 1.

Representación del Modelo multidimensional-multinivel



Fuente: Fernández-Ballesteros (2009, 2011).

1.2. FACTORES DETERMINANTES DE UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE O ACTIVO VS FACTORES DE RIESGO

En la revisión bibliográfica llevada a cabo por Petretto et al. (2016) se ponen de manifiesto una serie de factores demográficos, conductuales, psicológicos y orgánicos. En relación a los determinantes riesgo a la hora de tener un envejecimiento de éxito cabe mencionar algunos como:

1. El tabaco, no ser una persona fumadora va asociado a un nivel mayor de salud. Se estima una media de 15 años sin fumar para desarrollar un proceso de envejecimiento saludable.

2. El consumo de alcohol también se ha asociado a una menor probabilidad de envejecer de forma exitosa.

3. La actividad física: un alto nivel de actividad física se asocia a un mejor envejecimiento. La práctica de ejercicio de forma frecuente y moderada. De hecho, la práctica de actividad física se ha asociado a mejores relaciones sociales, mayor participación social, menores alteraciones y afecciones físicas, emocionales y psicológicas, y, por ende, una mayor calidad de vida (Martínez et al., 2021).

4. La obesidad medida a través del peso o el Índice de Masa Corporal (IMC). Las personas sin sobrepeso tenían una mayor probabilidad de envejecer de forma saludable, por el contrario, la probabilidad de tener un envejecimiento sano es mayor si el IMC se sitúa en valores normal.

5. La dieta, esta variable no tuvo relevancia en estudios donde se reducía la ingesta en la dieta mediterránea, pero si en la dieta japonesa.

También existe evidencia de personas exfumadoras, que habían dejado el tabaquismo y practicaban ejercicio físico regular, que tenían una mayor probabilidad de envejecer de forma exitosa. En resumen, según los autores, los factores que se asocian con el envejecimiento sano son: no consumir tabaco de forma habitual, ser activo físicamente, conservar el peso dentro del rango normal y mantener un consumo de alcohol moderado o escaso. No obstante, en su investigación, Petretto et al. (2016) señalan la falta de un consenso en cuanto a la definición, así como la dificultad y necesidad de implantar acciones que promueven de forma generalizada el envejecimiento activo.

En esta línea, Abud et al. (2022) llevaron a cabo otra revisión sistemática acerca de los componentes que determinaban un envejecimiento saludable en un periodo de tiempo que comprendía desde 2010 hasta 2020 sin restricciones geográficas. En su estudio encontraron que el envejecimiento saludable estaba conformado por diez factores que podían incluirse en tres dominios principales, estos eran: bienestar social, mental o cognitivo y físico. Según los autores, en el dominio físico se encontraban los hábitos de estilo de vida y actividad física. En el dominio cognitivo se incluía el conocimiento, la autoconciencia, la actitud, el aprendizaje permanente y las creencias religiosas o espiritualidad. Y, por último, en el dominio social identificaron los determinantes de seguridad económica, participación social o comunitaria, independencia y apoyo social.

En otra revisión sistemática sobre los conceptos y modelos sobre el envejecimiento saludable, llevada a cabo por Menassa et al. (2023), encontraron 65 modelos y definiciones

en un intervalo de tiempo comprendido entre 1960 y 2022 y desarrollados en los continentes europeo, asiático y americano. Los autores encontraron que en los diferentes modelos o definiciones se utilizaron diferentes términos como envejecimiento exitoso, saludable, activo, etc. Por otro lado, las dimensiones que influían en el proceso de envejecimiento saludable, tanto objetivas como subjetivas, fueron: capacidad cognitiva, bienestar psicológico, estado físico, dimensión socio-ambiental, espiritualidad y/o creencias religiosas, situación económica, cultura, ideología política y factores demográficos como el género o la etnia. Estas dimensiones se englobaron dentro de tres tipos de modelos diferenciados: el primer tipo incluía aquellas definiciones que ponían el énfasis en el estado de salud, el segundo tipo de modelos se basaban en la capacidad adaptativa a lo largo de la vida y el tercer tipo de modelos y/o definiciones combinaban las dos anteriores.

Todos estos determinantes del envejecimiento saludable se pueden conseguir teniendo en cuenta una serie de factores protectores (Guerrero y Molina, 2024). En esta línea, las autoras proponen, para facilitar el bienestar físico la importancia de evitar el sedentarismo, el estrés, el sobrepeso y la obesidad; tener un descanso reparador y suprimir el consumo de sustancias tóxicas. Por otro lado, para conservar las capacidades cognitivas sugieren la promoción de la autoestima y autoimagen positiva, el mantenimiento de la autonomía, el estado de ánimo, la motivación y apertura a la experiencia, así como el fomento de afectos y valores congruentes y positivos. Por último, para propiciar el desarrollo social, las autoras proponen evitar el aislamiento social, desarrollar las habilidades sociales y vínculos afectivos, así como la participación en actividades lúdicas.

A continuación, en la Tabla 2 se muestra los principales modelos que intentan dar explicación a los determinantes del envejecimiento saludable (Abud et al., 2022; Guerrero y Molina, 2024; Petretto et al., 2016).

Según el Informe C (2023) la capacidad económica es otro factor clave en la forma de envejecer, así como el entorno, ya que se debe favorecer la inclusión, así como la participación social de las personas mayores. Este informe señala como factores de riesgo en nuestro país el edadismo o discriminación por edad, la brecha digital y la soledad no deseada, ya que suponen un obstáculo para el desarrollo de un envejecimiento saludable.

Tabla 2.

Principales modelos del envejecimiento activo/ saludable. Elaboración propia a partir de Abud et al. (2022); Petretto et al. (2016) y Guerrero y Molina (2024)

Teoría de la actividad Havighurst (1961)	Primer autor que usó el término de "envejecimiento activo", para Havighurst se alcanzaba mediante la felicidad y la satisfacción vital. Defiende en su teoría que las personas que desarrollan un envejecimiento activo son independientes y se encuentran satisfechas en su vida, en contraposición con el Modelo de Desvinculación.
Teoría de la desvinculación Cumming y Henry (1961)	El modelo de Desvinculación subraya la necesidad de desapego o desconexión de la vida social y el nivel de actividad a medida que se envejece; produciéndose de forma gradual, alejándose de la vida activa y de diversos roles.
Modelo de adaptación a la jubilación Reichard et al. (1962)	Estos autores relacionan el envejecimiento con la personalidad y estilos de afrontamiento para la "adaptación a la jubilación". Diferenciaron tres tipos de adaptación adecuada: la adaptación madura, la mecedora y el blindado. Se trata del primer enfoque que resalta el papel de la personalidad en la forma de envejecer.
Neugarten (1972)	Este autor también destaca el papel de la personalidad, pero a diferencia de Reichard y sus colegas, incluye factores sociales, económicas y de salud, otorgando al término de envejecimiento activo un carácter multidimensional y complejo.
Definición de envejecimiento exitoso propuesta por Rowe y Kahn (1987, 1998)	Considera el envejecimiento con éxito como un constructo multidimensional compuesto por tres elementos: un bajo riesgo de enfermar y de discapacidad, el mantenimiento de una adecuada capacidad funcional, tanto físico como cognitivo y el compromiso con la vida, esto es, una activa implicación social y en actividades que resulten gratificantes para la persona.

Modelo de bienestar Ryff (1989)	Considera que el bienestar se compone de seis dimensiones: la autoaceptación o actitud positiva hacia sí mismo, la capacidad de mantener relaciones positivas y de calidad con los demás, la autonomía o capacidad de elegir y actuar por sí mismo, el propósito de vida, esto es, vivir dando sentido y con unos objetivos de vida definidos y por último, el crecimiento personal, que hace referencia al desarrollo de las capacidades de una persona que le permite enfrentar los retos y desafíos a lo largo de su vida.
Modelo de selección, compensación y optimización (SOC) Baltes y Baltes (1990)	Estos autores proponen que el envejecimiento exitoso se relaciona estrechamente con la capacidad de resiliencia sirviéndose de un conjunto de conocimientos y estrategias para establecer una compensación de las pérdidas con las ganancias asociadas a la edad.
Teoría Structural lag Riley y Riley (1994) y Riley (1998)	La autora consideró incompleta la visión de Rowe y Kahn e incluyó factores sociales y estructurales, afirmando la influencia de los roles y las variables sociales.
Modelo de coping Proactivo Kahana y Kahana (1996, 2001)	Este modelo de coping o afrontamiento proactivo destaca el papel que juegan las estrategias de afrontamiento individuales y recursos externos a la hora de hacer frente a los sucesos estresantes y pérdidas durante el ciclo vital, logrando gracias a estos una buena calidad de vida.
Definición de envejecimiento activo de la OMS (2002)	Es una de las definiciones más ampliamente aceptadas. Entiende el envejecimiento activo a través de tres pilares básicos: la seguridad, participación y salud. Esta definición tiene en cuenta factores de salud, conductuales, personales, físicos, sociales y económicos.
Modelo de envejecimiento	La autora propone una definición de este constructo multidimensional, formada por factores biopsicosociales, con distintas variables que determinan el proceso de envejecimiento.

multidimensional-multinivel Fernández-Ballesteros (2009, 2011)	Diferencia las variables distales (que han tenido lugar a lo largo de su vida) de las próximas (que se dan en el momento presente). Además, distingue tres niveles: el nivel micro, meso y macro. Un modelo que incluye la historia biológica, la conducta, los contextos sociales y el ambiente.
Parslow et al. (2011)	En su definición de envejecimiento activo diferencia cuatro componentes a través de los cuales se puede medir el estado físico, psicológico, conductual y el apoyo social. Estos son: Autopercepción física y mental, Satisfacción vital y cognición.
Iwamasa e Iwasaki (2011)	Entienden el envejecimiento activo a través de seis dominios: el funcionamiento psicológico, físico, cognitivo, social, la espiritualidad y la situación económica.
Deep y Jeste (2006)	Cuestionan la definición objetiva y la subjetiva de envejecimiento sano. Clasifican los determinantes que intervienen en el envejecimiento activo según la frecuencia, en este sentido, el más frecuente es la capacidad funcional, después encontramos el funcionamiento intelectual. Tras estos se sitúan el funcionamiento social y la productividad, la satisfacción con la vida. Así como los factores predictores en base a su capacidad predictiva, siendo los más destacados la edad y la salud.
Harmell et al. (2014)	Muestran el impacto de los trastornos mentales en el envejecimiento y proponen estrategias como la actividad física y cognitiva y la alimentación, así como la práctica de la meditación o el altruismo.

Como se muestra en la tabla, existe una serie de criterios comunes a todos los modelos como el bienestar psicológico y físico, las relaciones afectivas y/o sociales, la autonomía y la salud (Guerrero y Molina, 2024; Petretto et al., 2016) teniendo en cuenta las diferencias sociodemográficas (Fernández-Ballesteros, 2004; Fernández-Ballesteros et al., 2011; Torregrosa, 2019).

1.3. HACIA UNA NUEVA CONCEPTUALIZACIÓN: EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Cabe mencionar que se ha producido a lo largo de los años importantes avances sobre este término desde la definición de la OMS, ya que se ha revisado su amplitud y constructos relacionados, entre los cuales encontramos el efecto del concepto sobre la sociedad, la satisfacción con el propio proceso de envejecer, las relaciones intergeneracionales, el aprendizaje a lo largo de la vida y la creatividad (INE, 2022; Limón, 2018). En esta línea, diversos estudios han remarcado la importancia de adoptar unos hábitos de vida saludables a lo largo del ciclo vital, así como una red social de calidad para alcanzar un envejecimiento con éxito (Petretto et al, 2016; Ribero, 2021; Rodríguez, 2021). Asimismo, Carbonell-Cutillas y García-Longoria (2012) indican que el fomento y la mejora de las relaciones sociales entre residentes en centros institucionalizados es una forma de fomentar el envejecimiento activo.

Naciones Unidas propuso la década del envejecimiento saludable (OMS, 2024; Zarebski, 2021), con esta acción estratégica se intenta unir a nivel mundial a los distintos gobiernos, organismos internacionales, medios de comunicación e instituciones académicas entre otros, para garantizar la atención global y el desarrollo óptimo de las capacidades funcionales y bienestar de las personas mayores con dignidad, igualdad y asegurando contextos que les permitan realizar aquellas actividades que sean relevantes para la población mayor y asegurando su desarrollo en las distintas esferas: social, económica y sanitaria.

Según la OMS (2024) los factores que repercuten en el fomento y desarrollo de un envejecimiento saludable dependen como factor principal de la salud, aunque también entran en juego la genética, el entorno físico y social, más concretamente el hogar, el vecindario y la comunidad, ya que adquieren gran relevancia como veremos en el próximo apartado (Carbonell-Cutillas y García-Longoria, 2012), así como las características sociodemográficas (etnia, género o nivel adquisitivo).

Para remarcar que en los últimos años se ha producido un reemplazo de la concepción de envejecimiento activo por el término "envejecimiento saludable", esto ha sido propuesto por la OMS (2020) y se encuentra dentro de un Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento que tiene por nombre "Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030". Como aspectos clave proponen paliar el edadismo y aquellos estereotipos negativos

asociados a la vejez, así como fomentar las relaciones intergeneracionales, incrementar la formación de profesionales en el ámbito del envejecimiento y fomentar la investigación en dicha área (Ribero, 2021; Rodríguez, 2021). En definitiva, el envejecimiento saludable se basa en el desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional a edades avanzadas, asegurando su bienestar (OMS, 2024).

1.4. DATOS ACTUALES DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN ESPAÑA Y EN EUROPA

España ha sido considerado uno de los países más longevos del mundo. En este sentido, la esperanza de vida media en nuestro país se sitúa en 83 años (Limón, 2018; Rodríguez, 2023). En la población que comprende a la tercera edad hay un mayor número de mujeres que de hombres (García-Munuera et al., 2024; Méndez et al., 2024; Oficina C, 2023), debido a su mayor esperanza de vida (Huesa et al., 2020), en esta línea y atendiendo a datos publicados por el INE (2022) más del 56% de personas mayores, entendiendo por mayores aquellas personas con edad igual o superior a los 65 años, son mujeres; esto es, hay 50145965 mujeres en España que superan los 65 años de edad frente a un total de 3917528 hombres, este hecho se exacerba conforme aumenta la media de edad (Pérez-Díaz et al., 2022). En 2020, en España, la esperanza de vida del género femenino se situaba en los 85.6 años frente a la esperanza de vida de los hombres que se situaba en los 79.59 años, según los datos del Informe de Envejecimiento en red, la media para ambos sexos se situó en 82.33 años de vida (Ribera, 2021). En general, la esperanza de vida ha ido aumentando a lo largo del siglo XX y XXI gracias a la mejora en el ámbito sanitario, social y económico (Ribera, 2021; Rodríguez, 2023).

En España, según datos del informe de Envejecimiento en red de Pérez-Díaz et al. (2022), existe una tendencia al aumento de la población de personas mayores, que constituyen un grupo heterogéneo de distintas generaciones con necesidades diferentes y cambiantes (Oficina C, 2023). En 2022 había 9479010 personas mayores en el país, lo que supone un 19.97% de la población (47475420 personas en España). Según el informe sobre envejecimiento elaborado por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, España es el cuarto país de Europa con mayor número de personas mayores, siendo el 20.1% de los españoles mayores de 65 años (Informe C, 2023). En los próximos años continuará aumentando, ya que, según los informes, en 2031 se prevé que la población mayor aumente

hasta el 25.6%, alcanzando en 2040 el 27.4% y en 2066 un porcentaje del 34.6% de la población total española (INE, 2021; Rodríguez, 2023; Yanguas, 2021). En esta misma línea, algunos estudios afirman que en el año 2050 la población mayor se duplicará, incrementándose el número de octogenarios y centenarios (Yanguas, 2021).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2021), en Europa, el envejecimiento de la población se hace evidente a través de diferentes indicadores estadísticos como el aumento significativo de la cifra de personas mayores, el aumento de la tasa de dependencia de la tercera edad y la edad media. En esta línea, se ha señalado el aumento del número de personas mayores en la población: en 2020, la población de 65 años o más comprendía el 21 % del total, frente al 16 % en 2001. Si nos fijamos en la población octogenaria, suponía casi el 6 % en 2020, sin embargo, en 2001 era del 3.4 % del total, lo que significa que se ha duplicado prácticamente en los últimos veinte años (Ribero, 2021). Por otro lado, la proporción de niños y jóvenes, de 0 a 19 años, en la Unión Europea se encontraba en 2001 en el 23% del total de la población, sin embargo, en 2020, la población europea joven disminuyó tres puntos porcentuales respecto al 2001, situándose en el 20 % del total.

A nivel mundial, según la OMS (2024) esta tendencia rápida de envejecimiento también se observa, duplicándose en 2050, ya que se espera que la cifra de personas mayores se duplicará pasando del 12% al 22% de la población mundial, además, el 80% de las mismas tendrá bajos o medios ingresos, tanto los mayores de sesenta como los mayores de ochenta años, alcanzando los 426 millones de octogenarios a nivel mundial para esa fecha.

En este sentido, la OMS (2024) alerta de los grandes retos a los que nos enfrentamos con estos cambios sociodemográficos a nivel social, sanitario y asistencial, puesto que una de cada seis personas será mayor de 60 años, aumentando significativamente tanto la cantidad como la proporción de adultos mayores. Por lo que se debe asegurar que las estrategias y sistemas socio-sanitarios de los países estén preparados para dar respuesta a este nuevo panorama social.

1.5 EL ENTORNO Y SU IMPORTANCIA EN LA VEJEZ

Según el informe C de envejecimiento y bienestar, el entorno puede ser un factor que promueva o que merme el proceso de envejecimiento saludable (Oficina C, 2023). Recientemente, el interés social desarrollado acerca de la promoción de una forma de envejecimiento activa y saludable (OMS, 2024) pone su foco de atención en atender los

contextos donde las personas mayores interactúan y conviven (Fundación HelpAge Internacional España, 2021). La totalidad de factores de carácter social, político, poblacional y económico afectan al envejecimiento activo y son determinantes para la población mayor. Diversos estudios sugieren que el entorno físico y social que conforma el "hogar" adquiere una gran importancia en la vejez (Goodridge et al., 2017; Iwarsson et al., 2007), ya que según la autora el contexto social y/o vecinal tienen una influencia significativa, puesto que se forman fuertes lazos afectivos con el entorno (Iwarsson et al., 2007) y esto influye en cómo se envejece y en la calidad de vida durante el envejecimiento. Hay que tener en cuenta que el espacio vital de una persona se reduce en su última etapa de vida. Esta restricción del área espacial de interacción es ocasionada por diversos factores como el deterioro, asociado a la edad o por patología, a nivel cognitivo, físico y, por ende, social (Goodridge et al., 2017) que hacen que la persona sea más vulnerable (Makara-Studzińska et al., 2021). El hogar y el entorno comunitario, así como el nivel socioeconómico durante la vejez tienen un gran impacto sobre la salud y el bienestar en la etapa de final de vida (Jackson et al., 2010).

El hogar produce sentimientos de seguridad y protección que pueden verse alterados tras el ingreso en un entorno comunitario de personas mayores (Goodridge et al., 2017; Moreno, 2013; Yanguas, 2021), esto se puede producir por la gran disparidad de creencias, caracteres, valores y formas de vida que presentan los usuarios que conviven en estos espacios (Bonifas, 2016; Goodridge et al., 2017; Moreno, 2013). Diversos estudios, indican que, en los centros institucionalizados y lugares comunitarios de mayores surgen conflictos durante la convivencia que pueden alterar el clima residencial, así como mermar la calidad de vida de los residentes que cohabitan en ellos (Carbonell-Cutillas y García-Longoria, 2012; Monjas, 2021; Moreno, 2013; Ruiz-Esteban et al., 2023). El espacio vital adquiere una gran relevancia tras el ingreso en un centro institucionalizado por lo que los conflictos por posesión de mobiliario o áreas son frecuentes, así como los sentimientos de celos, estereotipos y mala comunicación (Moreno, 2013).

En este sentido, Monjas (2021) define el conflicto interpersonal como una confrontación ante un escenario en el que están implicadas dos o más personas con opiniones, necesidades o intereses contrapuestos.

En esta línea, Goodridge et al. (2017), Ellis et al. (2018) y Ruiz-Esteban et al. (2023) señalan que es importante trabajar sobre la convivencia y las interacciones sociales en personas mayores como parte del incremento de la calidad de vida y el bienestar emocional de la tercera

edad, más aún en centros institucionalizados y otros lugares de convivencia de personas mayores, donde tiene que cumplir ciertas normas y reglas, así como compartir recursos y espacios (Görgen et al., 2020; Moreno, 2013). En este mismo sentido, McDonals et al. (2015) enfatiza la importancia de la investigación del entorno físico y sociocultural en el abordaje del estudio de las agresiones entre residentes.

1.6. PERSONAS MAYORES Y CENTROS INSTITUCIONALIZADOS

El incremento de la población de personas mayores es evidente, según datos del INE, se estima que en el año 2066 alrededor del 34.6% de la población estará conformada por población de la tercera edad. La atención y promoción de la autonomía personal de las personas mayores se ha convertido en uno de objetivos primordiales de los países desarrollados, tanto es así que el cuidado del adulto mayor ha pasado a ser un deber de los poderes públicos y no tanto de la familia. Nos encontramos ante una sociedad envejecida, que experimenta una elevada necesidad de cuidado y atención socio-sanitaria (Casado y López-Casanova, 2001, Yanguas, 2021). Por otro lado, los cuidadores familiares escasean ya que debido a motivos laborales no pueden ocuparse del cuidado de sus mayores, a esto se le suman otros cambios sociodemográficos como la incorporación de la figura de la mujer al mundo laboral, la mayor movilidad y la disminución del tamaño de las familias (Abades y Rayón, 2012; Martín Carbonell et al.,2022; Pérez-Díaz el al., 2022). En este sentido, las residencias de personas mayores se han convertido en un recurso socio-sanitario que ayuda al sistema familiar, en muchas ocasiones limitado, con servicios de cuidado permanentes (Savorini, 2015). Por su parte, Sepe (2015) en su investigación llevada a cabo con población estadounidense indica que el uso de centros de cuidado o larga estancia de personas mayores ha aumentado (Huenchuan et al., 2021; Leboeuf et al., 2022). En este sentido, McDonals et al. (2015) así como Molero y Pérez-Fuentes (2011) señalan que la población mayor que reside en instituciones geriátricas es cada vez de mayor edad y más dependiente. Asimismo, Carbonell- Cutillas y García-Longoria (2012) indican que el envejecimiento poblacional hará que los recursos residenciales se utilicen en mayor medida para satisfacer las necesidades de la población mayor. Sin embargo, el ingreso en un centro institucionalizado puede afectar la calidad de vida del individuo (Molina et al., 2008; Yanguas, 2021).

Los centros institucionalizados son el lugar que muchas personas mayores consideran como un hogar (NCAL, 2017; VandeNest, 2016), por diversos motivos como tener una edad

avanzada, el estado de salud, no ser un cargo familiar o la soledad (Caypa y Redondo, 2020). Las residencias son lugares de estancia y convivencia donde se ofrece una serie de cuidados básicos y atención integral a la persona como lo son el alojamiento, la asistencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la atención socio-sanitaria (Huesa et al., 2020; Yanguas, 2021), éstas sustituyen a la vivienda familiar, en ocasiones por un tiempo, y en otros casos, de modo permanente; por tanto, es crucial que estén constituidos por espacios agradables, dinámicos, abiertos, puesto que va a ser el lugar donde la persona pase la mayor parte del tiempo y debe sentirse bien y divertirse en la medida de sus posibilidades (Vallejo et al., 2007). Asimismo, supone un proceso de adaptación familiar al proceso en sí de institucionalización de la persona mayor (Riquelme-Marín et al., 2020, 2022).

Existe una gran demanda de residencias de mayores en la actualidad, pese a que ha aumentado el número de residencias en todo el territorio nacional, cabe mencionar que no son suficientes para la gran demanda que existe (Huesa et al., 2020; Pérez-Díaz et al., 2022). Una estimación llevada a cabo por el CSIC (2019) señaló que, pese a que no existían unos datos concluyentes sobre la población institucionalizada en residencias de mayores, había unas 322180 personas con una edad superior a 65 años, que teniendo en cuenta aquellas menores de esa edad la cifra sería de 333920 mayores. Esto supone un incremento de la ocupación del 24% con respecto al año 2011.

En el estudio de Huesa et al. (2020) se halló que la institucionalización de una persona mayor estaba estrechamente relacionada con el número de hijos, siendo menor la institucionalización a mayor número de hijos. Por otro lado, encontró que la presencia de patologías psiquiátricas y/o neurológicas, así como la existencia de deterioro cognitivo y funcional se relacionaba con una mayor incidencia de institucionalización.

La institucionalización supone un cambio trascendental en la vida de la persona, los cambios producen estrés, alteraciones del estado de ánimo y por lo consiguiente pueden repercutir de forma negativa en la calidad de vida y el bienestar de la persona (Yanguas, 2021). Todo cambio requiere de un proceso de adaptación tanto de la persona como de los familiares (Martín Carbonell et al., 2022; Riquelme et al., 2020, 2022). Por tanto, la institucionalización es un reto tanto para la persona mayor como para los profesionales encargados de su atención sanitaria, ya que, a veces desencadenará una experiencia positiva y supondrá una mejora significativa de la calidad de vida del sujeto, mientras que, en otras ocasiones, será una decisión poco apropiada y provocará en la persona desadaptación y pérdida del control de

su vida, entre otras consecuencias negativas (Martín et al., 2015; Yanguas, 2021). De este modo, es necesario implantar medidas de adaptación individualizadas y personalizadas para cada persona para facilitar su acogida al centro, así como la convivencia con el resto de usuarios (Ruiz-Esteban et al., 2023; García-Munuera et al., 2024) ya que, cada vez más, se está dando mayor importancia a las relaciones personales, a los valores y derechos (Brearley, 2023; Yanguas, 2021).

Por último, cabe destacar que la pandemia ocasionada por la COVID-19 supuso la exacerbación de sentimientos de aislamiento y soledad en estos espacios, limitando el contacto con familiares y entre residentes. Estas medidas de aislamiento unidas al fenómeno social del bullying acarrea graves consecuencias relativas al bienestar, así como a la calidad de vida de los residentes (Falardeau et al., 2021; Marbán Gallego et al., 2021; Sempere Gil et al., 2023).

1.7. OTROS LUGARES DE CONVIVENCIA DE PERSONAS MAYORES

1.7.1 Los servicios de estancias diurnas o centros de día y centros sociales

En España existen varios servicios que proporcionan atención a personas mayores, en muchos de estos servicios al igual que en las residencias, los usuarios tienen que convivir durante parte del día y compartir recursos y prestaciones (Bonifas, 2016) que dichos servicios proporcionan, con el objetivo de fomentar el envejecimiento activo (Bugallo et al., 2014; Rodríguez, 2023).

Por un lado, tenemos los centros de día o servicio de estancias diurnas que son un servicio de carácter sociosanitario y centrado en el apoyo familiar donde un equipo multidisciplinar atenderá necesidades básicas y de carácter psicosocial, durante el día a aquellas personas mayores que hagan uso de él (Bugallo et al., 2014; IMSERSO, 2022; López, 2016), la principal diferencia entre las unidades de estancias diurnas y las residencias de mayores es que no se incluye la pernoctación, lo que permite a los usuarios permanecer en su domicilio habitual. En los centros de día suelen ofrecerse diferentes servicios como control y supervisión de dietas, cuidados de enfermería, control y supervisión de la higiene, así como atención psicológica y física y atención social (IMSERSO, 2022). En estos centros suelen convivir una media de 20-25 personas durante el día.

Otro de los servicios de convivencia de los que disponen las personas mayores son los centros sociales. Estos presentan servicios para fomentar el tiempo libre con talleres de ocio y/o ocupacionales, atención socio-sanitaria de carácter informativo, así como servicio de cafetería y comedor (IMSERSO, 2022).

Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Bugallo et al., 2014; IMSERSO, 2022), estos centros, donde se prestan servicios socio-asistenciales, tienen como objetivos fomentar la convivencia e integración social, fomentando la participación individual y comunitaria de las personas mayores, el acceso a la información, así como la mejora del bienestar psicológico, de la satisfacción con la vida, así como de la calidad de vida (Buedo-Guirado et al., 2020).

1.7.2 La universidad de mayores o aulas seniors

Según Carrera Núñez et al. (2012) las aulas seniors, también conocidas como Universidad de la experiencia, aulas de mayores, Universidad de mayores (García- Sevilla et al., 2016) o Programas Universitarios para Mayores (PUM) (Salmerón et al., 2018) surgieron en Toulouse (Francia) en el año 1973. En España, comienzan a instaurarse a partir de los años 90 (Carrera Núñez et al., 2012).

Un estudio llevado realizado por Morón-Marchena (2014) sobre la educación durante la vejez señalaba la falta de investigación en este campo remarcando la importancia de las personas mayores en el ámbito educativo; ya que suponen un sector cada vez más numeroso de la población. Las aulas de mayores son programas educativos destinados a personas en torno a los 50 años de edad o superior que no están cursando formaciones regladas, pudiendo poseer o no formación académica previa (Carrera Núñez et al., 2012; Cruz-Díaz et al., 2013; García et al., 2024). El objetivo por el cual surgen estos programas formativos en el territorio nacional se centra en mejorar la calidad de vida (AEPUM, 2023; Ruiz et al., 2011), promoviendo el envejecimiento activo, mediante la estimulación de las capacidades cognitivas, el fomento de las relaciones generacionales e intergeneracionales, la integración social y cultural, así como la participación del colectivo de la tercera edad en actividades educativas que permitan una formación permanente a lo largo de la vida (Cambero y Díaz, 2019; Carrera Núñez et al., 2012; Fernández-García et al., 2014; López, 2016; Ruiz et al., 2011).

El concepto de aprendizaje a lo largo de la vida surge ante la necesidad de establecer un tipo de educación permanente, esto es, a lo largo de todas las etapas del ciclo vital (Fernández-

García et al., 2014; Salmerón et al., 2018), sin limitaciones de edad, para fomentar el acceso a la cultura, la actualización y capacitación personal y profesional, la satisfacción de ambiciones y necesidades formativas, así como favorecer la participación social y reducir las desigualdades de las personas mayores (Fernández-García et al., 2014). Este término procede del término *Life Long Learning* promovido por la UNESCO con el objetivo de responder al envejecimiento demográfico de la población mundial (Cambero y Díaz, 2019; Ronda, 2011). De esta forma, el aprendizaje a lo largo de la vida es un concepto de carácter longitudinal que recoge una amplia gama de oportunidades de aprendizaje flexible y dinámico entre las que se incluye la enseñanza formal, no formal e informal, y donde se utilizan diversas técnicas de aprendizaje (Cambero y Díaz, 2019) para promover el envejecimiento activo (Salmerón et al., 2018).

Las aulas de mayores, en este sentido, surgen para dar respuesta a este concepto e incluyen actividades de diversa índole como talleres prácticos, conferencias y charlas, visitas culturales, etc. (García et al., 2024), en estos entornos se fomenta la participación social y las relaciones personales que suponen un aspecto para garantizar un envejecimiento saludable (Campero y Díaz, 2019; Fernández-García, 2014; Yanguas, 2021). Al igual que los centros institucionalizados, son lugares de convivencia en los que coexisten amplios grupos de iguales con diferentes opiniones, creencias, ideologías, procedencia y nivel cultural (Bonifas, 2016; Brearley, 2023), entre otras características, donde pueden tener lugar conflictos que mermen la calidad de las relaciones y múltiples interacciones que se originan entre los grupos de personas mayores que acuden a estos centros de enseñanza. Si bien son escasas las investigaciones acerca de los problemas de convivencia que pueden tener lugar en aulas seniors y otros entornos educativos de personas mayores (García-Munuera et al., 2024) a diferencia del gran interés que se ha mostrado en los problemas relacionados con la convivencia en entornos educativos en la población escolar sobre todo en adolescentes (Acevedo y Cuellar, 2020; Gaeta et al., 2020; Méndez et al., 2019a; Suárez-García et al., 2020; John et al., 2023), pese a suponer un entorno de convivencia cada vez más común y demandando por la población de adultos mayores (Brearly, 2023; Zhu et al., 2022).

CAPÍTULO 2. EL FENÓMENO DEL BULLYING O ACOSO ENTRE IGUALES

INTRODUCCIÓN

El acoso entre iguales, comúnmente conocido como bullying, ha emergido como un problema social de gran magnitud en contextos educativos y sociales. Este fenómeno, caracterizado por un comportamiento agresivo y repetido con la intención de causar daño a otros, afecta de manera significativa el bienestar emocional y psicológico aquellos involucrados. El término "bullying" se refiere a una forma de violencia que se manifiesta a través de conductas agresivas y repetitivas dirigidas hacia un individuo que se encuentra en una posición de menor poder. Este fenómeno no solo incluye agresiones físicas, sino también verbales, sociales y psicológicas, y puede ocurrir en distintos entornos, aunque el más común es el contexto escolar.

La agresividad en el bullying puede manifestarse de diversas maneras, cada una con diversas consecuencias, pero igualmente perjudiciales. Se pueden identificar cuatro formas principales de agresividad: física, verbal, relacional y cibernética. La agresión física incluye golpes, empujones y cualquier forma de contacto físico destinado a causar daño. La agresión verbal se caracteriza por insultos, amenazas y burlas. La agresión relacional implica la exclusión social y la difusión de rumores, mientras que la cibernética utiliza medios digitales para hostigar a la víctima. Estos comportamientos agresivos no son incidentes aislados; su repetitividad y la intención de causar daño son elementos centrales que los distinguen de otros tipos de conflictos o enfrentamientos ocasionales.

Para diferenciar el bullying de otras formas de conflicto o violencia, se deben considerar tres criterios fundamentales: la intencionalidad, la repetición y el desequilibrio de poder. Además, en el fenómeno del bullying, se pueden identificar claramente tres perfiles principales: el agresor, la víctima y el observador. Cada uno de estos roles tiene características específicas y dinámicas particulares que contribuyen al ciclo del acoso.

El bullying es un fenómeno complejo y multifacético que afecta a los individuos y las comunidades escolares de manera profunda. Comprender su definición, los tipos de agresividad que implica, los criterios que lo definen y los perfiles de las personas involucradas es esencial para desarrollar estrategias efectivas de prevención e intervención. Abordar el

bullying requiere un enfoque integral que incluya la educación, la concienciación y la participación activa de todos los miembros. Solo a través de un esfuerzo conjunto y sostenido se puede crear un entorno seguro y saludable donde todos los estudiantes puedan prosperar y desarrollarse plenamente.

2.1. DEFINIENDO EL CONSTRUCTO BULLYING O ACOSO ENTRE IGUALES

El ser humano es un ser social, por tanto, las relaciones interpersonales que establecemos juegan un papel determinante en nuestro bienestar y nuestra satisfacción, tanto es así que los lazos estrechos y positivos generan bienestar y tienen consecuencias positivas en nosotros mismos, sin embargo, las relaciones basadas en la toxicidad y la violencia merman nuestro bienestar y por ende pueden generar problemas de malas relaciones interpersonales, fenómenos de intimidación y de abuso de poder (Monjas, 2021).

El fenómeno de bullying ha promovido una amplia investigación en las últimas tres décadas suscitando, de esta forma, una mayor atención por parte de profesionales, autoridades, medios de comunicación e investigadores (Balluerka et al., 2023; Olweus, 2013; Zych et al., 2015).

El bullying o acoso entre iguales es considerado un fenómeno en el que una persona se convierte en víctima o es agredida, estando expuesta de una forma reiterada o repetida y durante un periodo de tiempo prolongado, a acciones de carácter negativo que son puestas llevadas a cabo por otro igual o varios (Olweus,1973, 2013). Este autor entiende por acciones negativas todas aquellas conductas agresivas que se producen de forma intencionada, con el objetivo de causar daño, herir o incomodar a otra persona (Belluerka et al., 2023). El acoso entre iguales también implica un desequilibrio de poder o fuerza (Belluerka et al., 2023; Bonifas, 2016; Olweus, 2013; VandeNest, 2016). Para Olweus (1973), pionero en la investigación, el bullying es un fenómeno social negativo se da de forma repetida, esto es, no es algo excepcional sino que ocurre con frecuencia; en el que una persona o grupo, con una clara intención de herir o hacer daño a la víctima o las víctimas, llevan a cabo una sucesión de acciones negativas o agresiones, de diferentes tipologías (verbal, física, relacional, etc.), existiendo entre agresor/agresores y víctima/víctimas una relación de asimetría en cuanto de poder, no siendo posible la defensa, por sí mismo, de la víctima (Belluerka et al., 2023; Lorenzo y Becoña, 2022; Olweus, 2013).

Dichas conductas pueden darse mediante contacto físico como golpear, empujar, pellizcar, dar un puñetazo; mediante gestos como muecas o mediante exclusión de grupo, a esta última forma de acoso, se le conoce como bullying relacional, se trata de aquel tipo de acoso entre

iguales que no implica una agresión física ni psicológica, sino que se basa en obstaculizar la formación de relaciones entre pares, como el chismorreo, la propagación de rumores y ridiculizar en público; mediante agresiones materiales como robar o romper los materiales o pertenencias; mediante agresiones de tipo sexual; mediante agresiones a través de internet como el ciberacoso, entre otras (Belluerka et al., 2023).

Normalmente, este término nos lleva a pensar en menores y jóvenes (Zych et al., 2015), sin embargo, el bullying puede darse en cualquier lugar o contexto dónde se produzca una interacción social durante periodos prolongados de tiempo y dónde los recursos sean limitados (Andresen y Buchanan, 2017; Jeffries et al., 2018) pudiendo darse en el ámbito escolar, en definitiva, en cualquier momento del ciclo de la vida de una persona (Smith, 2016).

El acoso entre mayores ha recibido una atención notablemente menor, en gran parte porque suele pasar desapercibido puesto que suele manifestarse sobre todo de forma verbal y social más que en forma de agresión física (Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018; Ruiz-Esteban et al., 2023; Sepe, 2015; VandeNest, 2016; Von Humboldt et al., 2020), a lo que debe añadirse el hecho de las personas mayores suelen sentirse desprotegidas ya que no suelen contar con personas que les protejan, sintiéndose aislados o desamparados, a menudo, ante este tipo de experiencias (Bonifas, 2016; Jeffries, 2018; Sepe, 2015).

En este sentido, cabe mencionar que las agresiones que se producen entre iguales en la tercera edad suponen un problema prácticamente invisible en nuestra sociedad, a pesar de que se podría definir como un problema emergente (Bonifas, 2016; Goodridge et al., 2017; Jeffries et al., 2018; Ruiz- Esteban et al., 2023). Este tipo de agresiones repetitivas y persistentes es un tema que históricamente se ha visto asociado, sobre todo, con los entornos escolares y juveniles (Balluerka et al., 2023; Méndez et al., 2019a; Ruiz- Esteban et al., 2023), como hemos mencionado anteriormente. Sin embargo, es importante reconocer que el bullying en personas mayores no es un problema distintivo de la niñez y la adolescencia. La investigación más actual ha comenzado a vislumbrar que este fenómeno se da también en adultos mayores, además de en otros muchos contextos de convivencia, y supone una problemática significativa. Por lo tanto, es crucial que a medida que la población va envejeciendo, se pueda analizar la prevalencia del acoso entre adultos mayores y las consecuencias de éste en la salud, tanto física como emocional del colectivo de la tercera edad (Jeffries et al., 2018; Ruiz-Esteban et al., 2023).

Son muchos los autores que han expuesto las características de este problema social (Balluerka et al., 2023; Bonifas, 2016; Garaigordobil y Oñederra, 2010; Lorenzo y Becoña, 2022; Olweus, 2013; Ovejero et al., 2013) que se describen a continuación. En primer lugar, los autores indican que es una conducta agresiva e intencional, concretamente con la intención de causar un daño. En segundo lugar, señalan el componente de repetitividad a lo largo del tiempo. En tercer lugar, señalan la presencia de una disparidad de poder en la relación interpersonal entre acosado y acosador, mostrando, la víctima, serios problemas para defenderse de dicha agresión. Hasta ahora todos estos requisitos coinciden con los señalados anteriormente, pero Ovejero et al. (2013) añaden que la conducta agresiva en el caso del acoso entre iguales tiene lugar sin que exista una provocación por parte de la víctima, asimismo, añade que esto tiene múltiples consecuencias de índole físico, psicológico y social, que señalaremos en próximos capítulos, y que son perjudiciales para el acosado o víctima, así como para los observadores.

2.2. AGRESIVIDAD, AGRESIÓN, VIOLENCIA Y BULLYING

Antes de adentrarnos en aspectos más específicos de este fenómeno, vamos a diferenciar los diferentes términos que acompañan al fenómeno del bullying, estos son la violencia, la agresividad y la agresión, conceptos fundamentales para entender el acoso entre iguales (Lorenzo y Becoña, 2022; Salas, 2015).

En primer lugar, la agresividad es un impulso instintivo característico de la naturaleza humana que ha sido relevante en la supervivencia y evolución de nuestra especie (Lorenzo y Becoña, 2022). Consiste en una activación a nivel biológico y/o fisiológico del individuo (Salas, 2015) ante una situación o estímulo evaluado como peligroso o que supone un riesgo para la vida o la integridad física del individuo o los suyos. En cambio, la agresión sería la conducta o la acción desencadenada por la agresividad, esto es, la agresión es el acto de defensa o ataque en sí, fruto de la activación o agresividad (Lorenzo y Becoña, 2022; Salas, 2015). La agresión suele ser un acto natural que se produce para defenderse o sobrevivir, por lo que es considerado una capacidad de adaptación positiva y necesaria para la vida (Garaigordobil y Oñederra, 2010).

En segundo lugar, la violencia es el término que se utiliza para referirse a toda acción interpersonal que se lleva a cabo a través del uso de la agresión con premeditación previa o intención de provocar un daño físico o emocional, sería un tipo de agresividad no adaptativa

e inadmisible socialmente (Lorenzo y Becoña, 2022; Salas, 2015), es decir, es expresada a través del acto agresivo hacía el otro sin justificación (Garaigordobil y Oñederra, 2010). Algunos autores definen violencia como una agresividad desadaptativa o injustificada (Lorenzo y Becoña, 2022).

En este sentido, el bullying puede definirse como un tipo de violencia (Lorenzo y Becoña, 2022; Monjas, 2021). El fenómeno de bullying o acoso entre iguales es un problema social que transgrede los derechos humanos, las normas sociales y la moralidad (Thornberg et al, 2023). Se produce entre pares, de forma repetida o con cierta frecuencia en el tiempo y con un claro desequilibrio de poder (ya sea por fuerza o por popularidad), que impide al acosado defenderse, además de la intención premeditada de ocasionar un daño (Bonifas, 2016; Olweus, 1973), que es propia de la violencia (Lorenzo y Becoña, 2022). En esta línea, Sanmartín (2006) concreta que la violencia escolar es cualquier acto nocivo que tiene lugar en el contexto escolar entre pares, lo define como una acción que ocurre de forma puntual; sin embargo, conceptualiza el acoso ente escolares como un tipo de violencia desmesurada, que tiene lugar de forma sistemática y persistente y que trae a quienes lo padecen múltiples consecuencias negativas como las que se mencionarán más adelante (Monjas, 2021).

2.3. CRITERIOS BÁSICOS DEL BULLYING O ACOSO ENTRE IGUALES

Como se señalaba en la definición anterior, para poder ser considerado bullying es necesario que se cumplan ciertos criterios como los que mencionamos a continuación (Monjas, 2021; Olweus, 2013).

2.3.1. El criterio de intencionalidad

Olweus (2013) señala la preocupación de algunos investigadores en discriminar la intencionalidad de una conducta agresiva. Para este autor, es suficiente con que el acosador sea capaz de comprender que esa conducta ejercida sea capaz de provocar un daño a la persona a la que va destinada, esto es, que el acosador sea consciente de que esa conducta es negativa o dañina. Algunos autores añaden que para que se cumpla el criterio de intencionalidad también tiene que ser considerado como "no deseado" para la víctima o persona a la que va dirigida la conducta negativa o dañina, sobre todo para diferenciarse de contextos de "roles sociales" o sadomasoquistas, siendo por ejemplo de los primeros algunos profesionales de la salud como los enfermeros que causan dolor a sus pacientes, por ejemplo

poniendo una inyección pero sin una finalidad subyacente de hacer daño (Olweus, 2013). En base a esto, Garaigordobil y Oñederra (2010) indican que, en el bullying, como una característica básica, se da la situación de acoso por uno o varios agresores a una víctima con la intención sostenida de producir un daño, esto es, causar un sufrimiento de forma consciente (Lorenzo y Becoña, 2022; Olweus, 2013). Por otro lado, Bonifas (2016) señala que el componente de intencionalidad no es un requisito indispensable en el acoso entre personas mayores, sobre todo si se tiene en cuenta la presencia de deterioro cognitivo en las personas mayores.

2.3.2. Criterio de repetitividad

En cuanto a la repetitividad de las conductas, esto nos puede aclarar el criterio anterior, es decir, si estas conductas negativas se producen de una forma repetida y no es un hecho aislado, es más probable que haya una intencionalidad más clara de provocar un daño. Sin embargo, Olweus (1993, 2013) nunca consideró este criterio como estrictamente necesario, ya que en su instrumento de medición *Olweus Bullying Questionnaire* (OBQ), entre las alternativas de respuesta donde registraban la frecuencia de las conductas, indicaba que se hubieran tenido lugar una o dos veces en los últimos meses (Olweus, 2007, 2013). El autor afirma que en las últimas versiones del cuestionario esta alternativa ha sido sustituida por "estas situaciones generalmente se repiten" (Bonifas, 2016; Olweus, 2013). En esta línea, Garaigordobil y Oñederra (2010) señalan como un requisito básico en el acoso entre pares la periodicidad, ya que las conductas violentas persisten a lo largo del tiempo, pudiendo ser la víctima objeto de nuevas agresiones.

2.3.3. CRITERIO DE DESEQUILIBRIO DE PODER

Algunos autores (Bonifas, 2016; Olweus, 2013) consideran un desequilibrio de poder según el juicio objetivo de los participantes, en su caso jóvenes, esto es, atendiendo a la percepción de los estudiantes de la dificultad que les generaría tener que defenderse satisfactoriamente, atendiendo a factores como la popularidad en el grupo o la fuerza física (Garaigordobil y Oñederra, 2010; Thornberg et al., 2020) indican que la desigualdad de poder es otra de las características básicas del acoso entre pares (Thornberg et al., 2023), según los autores, el escenario consta de una víctima indefensa y uno o varios agresores con mayor fuerza a nivel físico, mental y/o social, no existiendo una posibilidad de defensa de la víctima.

Es fundamental, por otra parte, explicar otro de los conceptos básicos presentes en esta investigación, este es el término "entre iguales", teniendo en cuenta que cada individuo es único e irrepetible, es importante destacar que este concepto sirve para concretar el objeto de estudio entre la comunidad científica y se refiere a aquellos sujetos que se encuentran en una etapa vital y/o una situación social similar (Garaigordobil y Oñederra, 2010). También resulta frecuente encontrar el término "entre pares" como sinónimo.

2.4. PERFILES IMPLICADOS EN EL FENÓMENO DEL BULLYING: CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS

El acoso entre iguales ocurre dentro de un contexto de índole social en el que están implicadas las personas que lo sufren, las personas que llevan a cabo la intimidación y los observadores, así como todo un aprendizaje de cómo relacionarnos en el que entran en juego factores genéticos, culturales y ambientales (Lorenzo y Becoña, 2022). Vamos a ver a continuación las características y/o factores de riesgo más comunes que nos encontramos en las relaciones entre iguales para cada uno de los roles que participan en el bullying, así como las consecuencias que pueden desencadenarse tras provocar, sufrir y estar expuesto a este tipo de maltrato entre pares.

Olweus (2013) para analizar la implicación de los actores partícipes en este fenómeno (acosado, acosador y testigo) y explicar cómo ocurre y el mantenimiento de las conductas negativas en el acoso entre iguales propuso el término "Círculo del Bullying" (Olweus, 2013; Bonifas, 2016; Imuta et al., 2022; Lorenzo y Becoña, 2022), en él se reflejan todos los participantes que se involucran, de forma activa o pasiva, en las conductas de abuso entre iguales. En este sentido distingue a los siguientes actores:

- El acosador, que inicia el bullying y lleva a cabo de forma activa las conductas de acoso.

- Los que apoyan al acosador y son seguidores del acosador, y están a favor de estas conductas negativas. No inician las conductas de intimidación, pero se involucran en ellas.

- Los partidarios, aquellos iguales que apoyan notablemente las conductas de acoso llevadas a cabo por el agresor, pero no participan en las mismas. Son aquellos que animan, se ríen, animan al agresor, etc., en el momento de las agresiones.

- Los partidarios pasivos, que son aquellos que apoyan el acoso, pero no lo manifiestan públicamente.

- Los observadores neutrales, son aquellos iguales que observan, pero no participan en el bullying ya que no se sienten con la responsabilidad de intervenir ni se posicionan entre víctima y agresor. Manifiestan una actitud pasiva ante el acoso.

- Los posibles defensores que son aquellos testigos que rechazan las conductas abusivas y creen que deberían hacer algo por las víctimas, pero no se implican. ayudar a las víctimas.

- Los defensores que son aquellos testigos que desaprueban las conductas de acoso y ayudan o tratan de ayudar a la víctima de acoso.

- La víctima o víctimas del bullying, que es aquel igual que sufre y hacia quién van dirigidas las conductas de intimidación puestas en marcha por el agresor.

2.4.1. El rol de acosador o agresor

El acosador o agresor es la persona o personas que llevan a cabo la conducta de bullying o intimidación (Bonifas, 2016; Olweus, 2013). Diversos autores señalan una serie de características personales, sociales y del contexto familiar que pueden facilitar que una persona adquiera el rol de agresor (Garaigordobil y Oñederra, 2010). En su investigación, Bonifas (2016) destaca como características del perfil de agresor la tendencia agresiva, una baja tolerancia a la frustración, conflictos familiares o poca atención de los progenitores o cuidadores, dificultad para cumplir las normas, no tener una visión negativa de la violencia o el sentimiento de pertenencia a un grupo de iguales que asumen dicho rol. Olweus (2013) también destaca en el perfil de acosador una personalidad dominante, imposición de la fuerza, conductas impulsivas, baja tolerancia a la frustración, visión positiva de la violencia hacia los demás, dificultades serias a la hora de cumplir las normas, escasa compasión y empatía hacia los demás, relaciones con otros adultos de forma agresiva, intervienen tanto en agresiones de tipo reactivo, esto es cuando tienen lugar de forma deliberada, como cuando

son de carácter proactivo, esto es, cuando surgen tras una provocación. Lorenzo y Becoña (2022) añaden a estas características que presentan una gran popularidad por el grupo de iguales, así como dotes de manipulación, suelen ser antisociales y presentan escasas habilidades sociales. Swearer y Hymel (2015) resaltan, en los sujetos que intimidan a otros iguales, rasgos de insensibilidad, rasgos psicopáticos y antisociales, alteraciones de conducta, susceptibilidad, alteraciones emocionales como sintomatología ansioso-depresiva, un alto estatus social y una mayor aceptación de rasgos masculinos.

Lorenzo y Becoña (2022) indican que existe una gran relación entre ser acosador o agresor y haber crecido en ambientes donde la agresividad y la violencia están normalizadas, así el hecho de que un gran porcentaje de agresores hayan sido víctimas de agresiones en el hogar anteriormente.

En esta misma línea, Garaigordobil y Oñederra (2010) indican que los agresores tienden a disfrutar provocando sufrimiento y suelen excusar su comportamiento convencidos de que son provocados por sus víctimas intentado así justificar sus acciones utilizando diversos mecanismos de desconexión moral (Méndez et al., 2020c); además indican que los agresores suelen tener un bajo rendimiento académico incluso repetición escolar (Méndez y Cerezo, 2018), una buena capacidad de liderazgo, sentimientos de ira, falta de control emocional (Méndez et al., 2019a), mayor riesgo de suicidio (Makara-Studzińska et al., 2021), psicoticismo, mayor riesgo de consumo de drogas y alcohol, así como conductas de tipo delictivo o antisocial (Cerezo y Méndez, 2012, 2013; Méndez y Cerezo, 2010). En este sentido, se ha visto que aquellos sujetos que llevaban a cabo conductas de agresión a otros iguales tenían un mayor riesgo de desarrollar comportamientos antisociales, delictivos y psicopáticos en la adultez (Renda et al., 2011).

Cuando este fenómeno se da entre personas mayores, Görgen et al. (2020) clasifica a los agresores en tres tipos que mencionamos a continuación. El primero, personas con limitaciones cognitivas y alteraciones de conducta causados por patología. En segundo lugar, usuarios con incapacidad física, que no estaban satisfechos con su vida y por ello ejercían maltrato hacia sus iguales. Por último, personas con un funcionamiento intelectual intacto y sin patologías graves que agredían a personas con deterioro cognitivo por manifestar alteraciones conductuales que les incomodaban.

2.4.2. El rol de víctima o acosado

En el fenómeno del bullying aquel que es agredido asume el rol de víctima (Olweus, 2013). Existen numerosos estudios, desarrollados sobre todo en ámbito escolar, que señalan diversos factores que suponen un riesgo o vulnerabilidad para la persona, y que, por ende, la hacen más propensa a adoptar un rol de acosado. Diversos autores indican que el ser acosado se relacionaba con una baja inteligencia emocional (Estévez et al., 2019; Megías et al., 2018; Méndez et al., 2019a), y en relación a esto una baja asertividad (Acevedo y Cuellar, 2020), un bajo autoconcepto, así como una baja apertura a la experiencia, amabilidad y un mayor número de conductas antisociales. Los autores señalan que muchos de los agresores son también o han sido víctimas esto se conoce como rol víctima-agresor (Garaigordobil y Oñederra, 2010; Rueda et al., 2021). Las personas acosadas pueden desarrollar también sentimientos de culpa, miedo, baja autoestima, introversión, aislamiento social, sentimientos de miedo, soledad, problemas de salud y mentales como ansiedad o depresión y bajo rendimiento académico (Cerezo, 2009a). En casos extremos, hasta riesgo de llevar a cabo conductas suicidas (García-Peña et al., 2013; Palacio et al.,2019), de hecho, Miranda et al. (2019) informan del elevado número de suicidios como consecuencia del bullying entre jóvenes que tienen lugar en países occidentales. Algunos estudios (Cerezo, 2009a, Bonifas, 2016; Olweus, 2013) señalan algunas características que suelen ser comunes en las víctimas de acoso: personas con una mayor introversión, cautelosos, que muestran inseguridad o falta de confianza en sí mismos, baja autoestima, suelen ser personas aisladas socialmente, suelen mostrar en mayor medida sintomatología ansioso-depresiva, suelen percibirse como más débiles que el resto de iguales y tienden a establecer mejores relaciones con adultos que con su grupo de iguales. En esta línea, Garaigordobil y Oñederra (2010) añaden que las víctimas también podrían ser más propensos a desarrollar trastornos alimentarios, enuresis e infelicidad.

Lorenzo y Becoña (2022) indican que las personas que son percibidas por el resto como diferentes, como fuera de lo normativo, o son una minoría (Goodridge et al., 2017; Vandenest, 2016) suelen presentar un mayor riesgo de ser víctimas de bullying. En este sentido se suele asociar con aquellas personas de distinta procedencia o etnia, del colectivo de Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y más (LGTBI+) (Bloemen et al., 2020), personas con algún tipo de discapacidad en cuanto al ámbito académico, con algún problema o distinción física como por ejemplo presentar sobrepeso o ser excesivamente delgado, ser

muy alto o muy bajo, con algún tipo de handicap, etc. (Goodridge et al., 2017). En línea con lo anterior, las víctimas tienden a desarrollar lo que en psicología social se denomina "error básico de atribución o error de atribución fundamental" que consiste en ver a la víctima como causante del problema, esto es, atribuirle la responsabilidad de lo que le está ocurriendo (Garaigordobil y Oñerra, 2010; Gelpi, 2019). Un problema que solemos encontrar a la hora de detectar que una persona está siendo acosada es que las víctimas no suelen comunicar el maltrato que están recibiendo, lo silencian por miedo, vergüenza o por no ser chivatos, a esta tendencia a ocultar o no comunicar su problema se le denomina como "ley del silencio" (Lorenzo y Becoña, 2022), esto hace que, en muchas ocasiones, sea complicado establecer un diagnóstico acertado acerca de lo que realmente le está ocurriendo a la víctima, esto es, confundiendo el hecho de ser víctima de acoso entre iguales con otro tipo de problemáticas como trastornos del estado de ánimo, trastorno de estrés postraumático (TEPT), fobia escolar, trastornos de ansiedad, dificultades de aprendizaje, entre otros (Garaigordobil y Oñederra, 2010; Oñate y Piñuel, 2007). En personas mayores, ser víctima de abuso aumenta el riesgo de mortalidad, discapacidad, hospitalización, además del coste social y financiero que supone (Bloemen et al., 2019).

Algunos autores han puesto de manifiesto que aquellos sujetos que habían sufrido bullying en la niñez tenían más problemas psicológicos durante la adultez (Jeffries et al., 2018; Takizawa et al., 2014). En este sentido, Garaigordobil y Oñederra (2010) indican que el autoconcepto negativo sobre sí mismos que adquieren las víctimas de acoso les hace más vulnerables a la hora de ser maltratados en la edad adulta, en otros ámbitos diferentes al escolar, además estos autores señalan una alta incidencia de problemas para mantener relaciones sexuales en la edad adulta en personas heterosexuales que había sufrido acoso en su época escolar.

Respecto a las consecuencias que puede experimentar la víctima según el informe Cisneros X (Oñate y Piñuel, 2007), se indica que la mayoría de las consecuencias no son visibles fácilmente ya que son de índole psicología, en concreto un 90% de los daños, y sólo un 10% son daños visibles en el acoso y violencia escolar (AVE). No obstante, Bonifas (2016) señala que no todas las víctimas de acoso entre iguales desarrollan las mismas consecuencias, aunque hayan experimentado los mismos encuentros desafiantes.

La literatura señala que las víctimas tienen problemas para defenderse y son percibidos como retraídos o con relaciones sociales escasas, algo que les hace vulnerables frente a los

acosadores, presentando dificultades para defenderse de los abusos (Bonifas, 2016; Olweus, 2013). Es interesante señalar que Bonifas y Frankel (2012) distinguen dos tipos de víctimas: las víctimas provocativas o pasivas. Las primeras son aquellas que cuando son acosadas se irritan, son intrusivas o tienen mal carácter. El segundo tipo se refiere aquellas personas caracterizadas por su timidez y tranquilidad, pudiendo experimentar también sentimientos de ansiedad e inseguridad.

En personas mayores, las víctimas de intimidación entre pares suelen tener demencia, lo que se une a la presencia de comportamientos que al resto de iguales les hace sentirse desafiados o agresivos (Görgen, 2020).

2.4.3. El rol del espectador, observador o testigo

El tercer elemento que entra en juego en el acoso entre iguales es el espectador también denominado observador o testigo. Son aquellas personas que observan cómo se produce la intimidación desde fuera, sin adoptar un rol activo en la misma, aunque como veremos a continuación algunos testigos pueden reforzar y adoptar un rol más participativo en la conducta agresiva (Lorenzo y Becoña, 2022).

Diversos autores señalan que los testigos, al exponerse de forma repetida a situaciones de abuso entre iguales, pueden desarrollar miedo a verse implicados en el conflicto, insensibilidad, disminución de la capacidad empática, sentimientos de culpabilidad y egoísmo, así como la aceptación y normalización de los comportamientos de violencia, teniendo una mayor probabilidad de incorporar este patrón de conductas a su forma de relacionarse con el resto (Garaigordobil y Oñederra, 2010; Gutiérrez Ángel, 2019). Los testigos tienen un importante papel en el mantenimiento a lo largo del tiempo o el cese de la conducta de intimidación (Acevedo y Cuellar, 2020). En esta línea, Lorenzo y Becoña (2022) diferencian varios tipos de testigos que mencionamos a continuación. En primer lugar, están los seguidores del acosador, que se implican en la conducta de acoso sin iniciarla, en segundo lugar, se encuentran los que lo apoyan sin implicarse de forma activa, en tercer lugar, están aquellos que adoptan una actitud pasiva o de indiferencia ante la situación de acoso (Acevedo y Cuellar, 2020), en este caso pueden estar a favor del bullying o en contra de este tipo de conductas, pero no se implicarán, en cuarto lugar, nos encontramos con los que diversos autores definen como posibles defensores, puesto que dichos estudiantes están en desacuerdo con el hostigamiento que se lleva a cabo, creen que deberían hacer algo para

frenarlo pero no actúan y por último, están los defensores que son aquellos que manifiestan su desaprobación ante el acoso y actúan a favor de las víctimas (Acevedo y Cuellar, 2020; Lorenzo y Becoña, 2022).

Es importante destacar que, tal y como hemos visto en este apartado, el bullying entre iguales tiene consecuencias nefastas para las personas implicadas, variando en sintomatología e intensidad; muchas de estas consecuencias negativas los acompañarán en su vida adulta (Garaigordobil y Oñederra, 2010; Olweus, 2013; Lorenzo y Becoña, 2022; Hancock y Pillemer, 2023). Los efectos más nocivos se dan en las personas que son objeto de acoso (Belluerka et al., 2023; Gutiérrez Ángel, 2019).

En la Tabla 3 se esbozan los principales rasgos de los diferentes roles que entran en juego en el fenómeno del bullying o acoso entre iguales.

Tabla 3.

Principales consecuencias del bullying en función del rol asumido

Acosador	Acosado	Observador
-Bajo rendimiento académico.	-Bajo rendimiento académico.	- Sentimientos de miedo.
-Dificultades para cumplir normas.	- Problemas de asertividad.	-Alteración de la capacidad empática y desensibilización del dolor.
-Ausencia de empatía/ compasión.	-Aislamiento y baja popularidad.	- Normalización de la conducta violenta.
-Ausencia de remordimiento y autocrítica.	-Problemas de autoestima e inseguridad.	-Sentimientos de remordimiento y culpa.
-RRSS basadas en la omisión.	-Conductas de evitación y aversión a ir al colegio.	
-Comportamiento antisocial y delictivo	-Problemas de ansiedad y depresión.	
	- Suicidio o ideación suicida.	
	-TEPT.	

-Popularidad y liderazgo entre el grupo. -Consumo de drogas y alcohol. -Problemas de salud e interpersonales en la vida adulta.	-Consumo de alcohol y drogas para evadirse. -Problemas de salud e interpersonales en la adultez.	- Problemas de salud e interpersonales en la vida adulta.

2.5. TIPOS O MANIFESTACIONES DEL BULLYING/ ACOSO ENTRE IGUALES

El acoso entre iguales puede adoptar diferentes formas (DeBois et al., 2019; McDonals et al., 2015). En este sentido, la mayor parte de autores diferencian cuatro tipos de manifestaciones del acoso: acoso social o relacional, acoso físico, acoso verbal y ciberacoso (Abregú-Crespo, et al., 2024; Belluerka et al., 2023; Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018; Monjas, 2021; Olweus, 2013; Sepe, 2015; VandeNest, 2016):

- Bullying verbal/acoso verbal: se refiere al uso de palabras con el objetivo de intimidar o quitar poder. Los comportamientos incluyen insultos, burlas, amenazas, comentarios sarcásticos, gritos (Bonifas, 2016; Görgen et al., 2020; Jeffries et al., 2018; Ruiz-Esteban et al., 2023).

- Bullying/ acoso social o relacional: este tipo de acoso entre iguales incluye comportamientos tanto verbales como no verbales que tienen la intención de obstaculizar las relaciones sociales de otros o limitar las conexiones sociales (Bonifas, 2016). Los ejemplos incluyen evitar, excluir o ignorar a alguien a propósito, difundir rumores (Jeffries et al., 2018) o imitar la forma de caminar o discapacidad de alguien, hacer gestos ofensivos, usar un lenguaje corporal amenazante o invadir a propósito el espacio personal (Ferrah et al., 2015; McDonals et al., 2015; Ruiz-Esteban et al., 2023) o desprecio por la distancia interpersonal (Görgen el al., 2020).

- Bullying/ acoso físico: involucra el contacto corporal con la víctima o con sus pertenencias, entendiendo como tal a mascotas o posesiones personales. Algunos ejemplos son: empujar, golpear, patear, destruir o robar las pertenencias de otra persona (Bonifas, 2016; DeBois et al., 2019; Görgen et al., 2020; Jeffries et al., 2018). Este tipo de acoso es el más fácil de identificar ya que el conjunto de conductas o acciones que se engloban dentro del acoso físico son las más fáciles de detectar.

- Acoso sexual: el acoso sexual puede referirse a aquellas agresiones de carácter sexual que tienen la finalidad de conseguir favores sexuales de una persona desde una posición de poder o superioridad (Abner et al., 2019; DeBois et al., 2019; Görgen et al., 2020; Lorenzo y Becoña, 2022; Malmedal et al., 2015). En muchas ocasiones este tipo de bullying se incluye dentro del acoso físico y/o verbal. Asimismo, DeBois et al. (2019) y Lorenzo y Becoña (2022) añaden otro tipo de bullying el de tipo psicológico o emocional, sin embargo, todos ellos tienen un componente psicológico por lo que no se harán distinciones de estos dos tipos de acoso en nuestro estudio, ya que consideramos que pueden incluirse dentro de los tres tipos de acoso mencionados anteriormente.

- Acoso cibernético o ciberbullying: que es aquel que se da a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), y que será más ampliamente explicado en el próximo capítulo. En este caso, Jeffries et al. (2018) señala algunos ejemplos de conductas de acoso electrónico como ser intimidado a través del uso de correo electrónico, mensajes de texto o las distintas redes sociales.

Estos tipos de bullying, según diversos autores, pueden incluirse en dos categorías diferentes, el bullying directo y el indirecto, diferenciación que tienen en cuenta algunos autores (Antoñanzas et al., 2022; Smith et al., 2012; VandeNest, 2016). En este sentido, el acoso directo es definido como el tipo de agresión tanto de índole física como verbal que implica un cara a cara, la víctima es conocedora de quién es el agresor/es. En cambio, el acoso indirecto es encubierto, por lo que la víctima, en ocasiones, no sabe quién es el agresor y la agresión puede incluir a otras personas como es el caso de la difusión de rumores.

2.5.1. CIBERBULLYING/ ACOSO CIBERNÉTICO: CUANDO EL ACOSO ENTRE IGUALES SE DA A TRAVÉS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

El desarrollo y uso cada vez más extendido a nivel intergeneracional de las nuevas tecnologías, así como la fácil accesibilidad a las mismas y su uso cada vez más extendido por personas de todas las edades (Méndez et al., 2020), ha desembocado en una nueva forma de establecer relaciones interpersonales y por ende en otro peculiar modo de intimidación, este fenómeno que se ha dado a conocer como ciberbullying, bullying online, acoso digital, e-bullying (Lorenzo y Becoña, 2022), acoso cibernético o ciberacoso. El término está estrechamente relacionado con el bullying, dándose de forma simultánea en la mayoría de los casos (García-Fernández et al., 2015; Jiménez at al., 2019; Monjas, 2021; Rodríguez-Álvarez et al., 2022). Siendo considerado el ciberacoso como una extensión virtual del acoso sufrido presencialmente (Casas et al., 2013; Íñiguez-Berrozpe et al., 2020; Martínez-Ferrer et al., 2018; Olweus y Limber, 2018).El ciberacoso engloba un conjunto de agresiones de tipo indirecto (Garaigordobil y Oñederra, 2010) que se producen cuando una persona o un grupo usan las nuevas tecnologías para hostigar de forma intencional y repetida a otro individuo (Martin-Criado et al., 2020), a menudo de forma anónima (Lorenzo y Becoña, 2022; Olweus, 2012). Otra de las definiciones adoptadas es que consiste en publicar, manteniendo el anonimato, mensajes dañinos sobre una persona (Lorenzo y Becoña, 2022). Ante estas agresiones la víctima se muestra indefensa, al igual que ocurre en el bullying. Olweus (2012) señala que la prevalencia de ciberbullying ha ido en aumento a lo largo de los últimos años. Este tipo de acoso posee una serie de características como son: la viralización, el anonimato y la posibilidad de ser agredido en todo momento y en todo lugar (Baldry et al., 2019; Delgado y Escortell, 2018), además de ser impune en la gran mayoría de casos (Giménez et al., 2015). Giménez et al. (2013) afirman que esta nueva modalidad de acoso entre iguales cibernético aumenta la inseguridad en las víctimas y potencia las vías de agresión.

En cuanto al género, por un lado, algunos autores señalan que las chicas adquieren el rol de víctima en mayor medida a los chicos (Delgado y Escortel, 2018), esto ha sido explicado por el diferente uso que ambos géneros le dan a las TIC. Por esta parte, las chicas las utilizan en mayor medida para un fin relacional, en cambio, el género masculino se centra en actividades de ocio como videojuegos. Por otro lado, Delgado y Escortel (2018) encontraron que las chicas participan más como observadoras que los chicos, a pesar de que la mayoría de

literatura señala que la participación en conductas de acoso es mayor en los chicos, se observa que el acoso indirecto, que es aquel de tipo verbal o relacional, se da en mayor medida en chicas. En este sentido, el ciberbullying sería un tipo de acoso indirecto, y por lo tanto, se da en mayor medida en el género femenino.

Como en el acoso entre iguales, la investigación sobre este fenómeno cibernético se ha centrado en mayor medida en población joven (Abregú-Crespo, 2024). Por su parte, Bonifas (2016) advierte de que no es un tipo de agresión frecuente entre personas mayores pero que la incidencia del ciberacoso entre adultos mayores podría ser un problema en un futuro cercano debido al acceso cada vez mayor a las TIC de los adultos mayores y al progresivo envejecimiento de las generaciones nacidas durante la era digital. Según el informe emitido por Envejecimiento en Red (2022) en España se observa que la proporción de personas que usan internet y las nuevas tecnologías disminuye cuanto mayor es la edad, pese a ello se ha observado una reducción importante de la brecha digital en los últimos años, según los datos emitidos por el Informe de Envejecimiento en red (2022) las personas de 75 años en adelante, en el año 2019 tenían un uso de las TIC del 23%, sin embargo, en 2021 creció este porcentaje al 31.8% de este sector de la población, estos datos nos muestran que con el paso del tiempo, va aumentando el uso y el acceso de las personas de edades cada vez mayores de las TIC.

2.6. EL BULLYING EN CONTEXTOS ESCOLARES

2.6.1. Prevalencia del bullying en menores/ adolescentes en el ámbito escolar

En contextos escolares, centrados sobre todo en Educación Primaria y en Educación Secundaria, ha sido sobre todo donde se ha concentrado la mayor parte de la investigación desarrollada en la última década, debido al grave problema que supone este fenómeno en las aulas (Ruiz Esteban et al., 2023). Algunos autores han calificado el fenómeno del acoso escolar como una epidemia (Lorenzo y Becoña, 2022) que, lejos de disminuir, va en aumento (Thornberg et al., 2023).

En la investigación desarrollada en contextos escolares, se han determinado diferencias respecto al género y la edad, entre otros factores. Respecto al género, la gran mayoría de investigaciones indican que los hombres se implican en mayor medida en conductas de acoso entre pares tanto en lo referente al rol de víctima como en el rol de agresor. Por otro lado, los niños se ven involucrados en mayor medida en aquellas agresiones de tipo directo, en

cambio las niñas se ven involucradas en las formas indirectas de acoso (Antoñanzas et al., 2022; Miranda et al., 2019). Por su parte, en el reciente informe de la Fundación ANAR y Fundación Mutua Madrileña del 2023 cabe indicar que el 11.8% del alumnado consideraba que alguien de su clase estaba sufriendo acoso y el 7.4% consideraba que alguien de su clase estaba siendo víctima de ciberbullying. Asimismo, el 90.8% consideraba que los acosadores en ciberbullying eran compañeros conocidos del propio centro educativo, siendo el 53.6% compañeros de la misma clase y el 37.2% de otras clases o cursos. El 23.3% reconocía haber sido acosador en bullying o ciberbullying. A esto debemos añadir que, según la percepción del profesorado en España, casi el 9.6% de los casos de acoso y ciberbullying escolar permanecen sin solución (Fundación ANAR y Fundación Mutua Madrileña, 2023)

Por otro lado, se ha puesto de manifiesto que la mayor incidencia se da en la etapa que comprende la adolescencia temprana (Miranda et al., 2019) sin embargo, estos resultados han generado controversia en otros estudios recientes (Medina y Reverte, 2019).

Con respecto al ciberbullying, diversos estudios (Clemente et al., 2019; Miranda et al., 2019) sugieren que no existen asociaciones significativas entre el género y la edad en las conductas de ciberbullying, siendo igualitaria la implicación que tienen tanto chicos como chicas, en este tipo de conductas de intimidación a través de las nuevas tecnologías; aunque los resultados en la literatura hasta la fecha son inconsistentes (Clemente et al., 2019).

2.6.2. Prevalencia del bullying en el ámbito universitario

En contextos universitarios, una investigación llevada a cabo por Méndez et al. (2019b), señala que, a diferencia de la incidencia en contextos escolares con respecto a la forma de agresión y la implicación en cuanto al género, en escenarios universitarios el bullying más característico es el relacional y verbal, lo que hace más complicado su detección y no se hallan diferencias significativas referentes al sexo, esto es, que tanto hombres como mujeres universitarias se implican en conductas de acoso entre iguales en igual medida. Méndez et al. (2019b) observaron que los universitarios más jóvenes, con edades que oscilan entre los 20-24 años tenían un grado de implicación mayor en conductas de intimidación que aquellos con edades comprendidas en torno a los 30 años o más.

Una investigación desarrollada por Hoyos et al. (2014) vislumbra que el maltrato más frecuente entre universitarios es el verbal como hablar mal de otra persona, poner apodos o ridiculizar, insultar, ignorarle, esconder sus pertenencias o no permitirle participar en

actividades grupales. La mayor incidencia de acoso entre estudiantes universitarios se dio de los 17 a los 19 años. Las autoras también destacan que, en el caso del abuso entre jóvenes universitarios, el profesorado no es percibido como apoyo, y acuden en mayor medida a amigos y a familiares.

Con respecto al ciberbullying en población universitaria, Aparisi et al. (2024) la prevalencia de este fenómeno en universitarios es muy variable y encontraron que las agresiones son más sutiles que en población escolar y adolescente. Un dato importante que encontraron era que la adaptación al centro universitario era clave, ya que la adaptación se relacionó negativamente con el ciberbullying y la cibervictimización. De forma similar Méndez et al. (2019c) evidenciaron el hecho de que iniciar estudios universitarios de grado aumenta la vulnerabilidad de estar implicado en la intimidación sobre todo por dificultades para las dinámicas grupales y la participación estudiantil.

Cabe mencionar que en un estudio longitudinal desarrollado por Zych et al. (2018) se observó que los jóvenes que asumían un determinado rol ante la intimidación solían permanecer con dicho rol a lo largo del tiempo, aunque algunos dejaban de involucrarse en dichas conductas. Otro resultado a destacar fue que se observó una disminución en las formas físicas de acoso conforme la edad aumenta (Bonifas, 2016; Goodridge et al., 2017; Jeffries et al., 2018; Ruiz-Esteban et al., 2023).

En conclusión, los estudios sugieren que conforme avanza la edad, las agresiones entre iguales se vuelven más sutiles predominando el acoso verbal y relacional frente a las agresiones físicas.

2.6.3. Prevalencia del bullying en lugares de convivencia de personas mayores

El acoso entre personas mayores consiste en una serie de interacciones negativas entre las personas que residen en centros de convivencia (Leboeuf et al., 2022), se da en diferentes contextos de convivencia de la población mayor, y pese a su escasa investigación hasta la fecha se trata de una problemática social emergente (Bonifas, 2016; Botnård et al., 2020; Ferrah et al., 2015; Görgen et al., 2020; Leboeuf et al., 2022; Ruiz-Esteban et al., 2023 Trompetter et al., 2011; Von Humboldt et al., 2022). Si bien es cierto que su prevalencia no está bien determinada en población mayor, está despertando un interés cada vez mayor dada su repercusión en el bienestar del colectivo de personas mayores, familiares y del personal que trabaja con los mismos (Ferrah et al., 2015; Jones, 2015). Algunos investigadores señalan

que incluso se estima que vaya en aumento (Bonifas, 2016; Görgen et al., 2020; Jones, 2015), otros creen que la prevalencia de este fenómeno es mayor a la que han mostrado el escaso número de investigaciones que se han realizado hasta la fecha (Leboeuf et al., 2022). En esta línea, Sepe (2015) señala las causas por las que este fenómeno irá en aumento: la primera es el crecimiento de la población mayor, y la segunda, es que también irá creciendo el uso de centros convivenciales o comunitarios; la autora lo define como un problema epidémico desconocido en la sociedad. Entre los motivos que han señalado de que no sea una problemática visible se encuentra el miedo de la persona a que le expulsen o le sancionen del centro, sentir que es una carga para la institución o sus allegados, vergüenza o incapacidad para reconocer esas conductas (Ellis et al., 2018; Jeffries et al., 2018; Rosen et al., 2008; Sepe, 2015).

En esta línea VandeNest (2016) encuentra que el 41% de las agresiones que se producen entre residentes son verbales, siendo el acoso social la segunda forma de acoso más frecuente en esta población. Los lugares donde se suelen dar este tipo de conductas negativas entre iguales mayores suelen ser lugares donde las personas se reúnen durante el día con fines terapéuticos, lúdicos y/o sociales como centros de día, hogar de pensionistas, universidad/escuela de mayores, etc., y centros institucionalizados de larga estancia como las residencias de mayores.

En contextos de convivencia entre mayores, la literatura informa que las formas de abuso entre mayores más frecuentes son el acoso verbal y social (Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018 Sepe, 2015; VandeNest, 2016), además encontraron que en centros privados había una incidencia mayor de este fenómeno que en centros públicos. Por otro lado, en referencia al género, la mayoría de los estudios no encontraron diferencias significativas, indicando que tanto hombres como mujeres participaban de igual forma en conductas de intimidación (Goodridge et al., 2017; Jeffries et al., 2018 Sepe, 2015; VandeNest, 2017). Sin embargo, cabe destacar que en el estudio desarrollado por Andresen y Buchanan (2017) encontraron el 39% de los encuestados indicaron que existía una mayor probabilidad de que los acosadores fuesen hombres, además señalaron diferencias en la forma de las agresiones en función del género; en este sentido, mostraron que los hombres llevaban a cabo, en mayor medida, conductas de acoso de tipo verbal, como insultos, y agresiones físicas frente a las conductas de tipo social más frecuentes en mujeres, como por ejemplo conductas de exclusión social o

difundir rumores, y en menor medida verbal. Cabe señalar que los autores también indicaron una baja incidencia de agresiones físicas por parte de mujeres mayores.

Bonifas (2016) señalaba que las conductas de intimidación o acoso entre iguales a menudo estaban relacionadas con la pérdida, sobre todo, de roles sociales, esto es, su seguridad, su identidad y sentimiento de pertenencia (VandeNest, 2016), así como por el afán por recuperar el control o estatus social (Jeffries et al., 2018). La autora señala que el ingreso en un centro institucionalizado puede ser un acontecimiento que ponga en peligro su estatus social; asimismo incluirse en un nuevo grupo de iguales o compartir recursos o servicios ya sean atencionales, recreativos o incluso de mobiliario o instalaciones y espacios (Görgen et al., 2020), así como el estar en estrecho contacto, puede facilitar que se produzcan conductas de intimidación (Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018); en esta línea, algunos autores han puesto de manifiesto que las conductas de acoso de tipo relacional pueden ser fruto de un sentimiento de impotencia y el afán por tener un mayor control sobre su propia vida (Span, 2011). Por otra parte, VandeNest (2016) indica que, en los centros sociosanitarios de atención de personas mayores, los residentes intentan convertir zonas, objetos y/o actividades públicas en su posesión. Al igual que en jóvenes, la falta de atención de los cuidadores o tutores puede estar asociado a comportamientos de acoso. En personas mayores, el hecho de tener un contacto familiar y de allegados escaso puede desencadenar en reacciones agresivas hacia sus pares (Bonifas, 2016). Por otro lado, diversos autores han señalado que muchas de las agresiones de tipo relacional entre iguales mayores suelen estar planificadas y ser resultado de las emociones negativas que surgen tras un conflicto interpersonal, es decir, entre dos personas (Bonifas, 2016; Walker y Richardson, 1998).

En cambio, el fenómeno de ciberbullying que se ha convertido en un grave problema de salud, concretamente para la salud mental, en población joven y ha suscitado un gran número de investigaciones en los últimos años (Contreras-Piqueras et al., 2023) sin embargo en personas mayores apenas hay datos sobre su alcance (Bonifas, 2016; Goodridge et al., 2017; Jeffries et al., 2018), pero se prevé que con el uso, cada vez mayor, de la población mayor, de las nuevas tecnologías, así como el envejecimiento de una población que ha evolucionado con ellas, puede ser un problema grave en el futuro (Bonifas, 2016) de hecho, en el estudio realizado por Jeffries et al. (2018) indicaron que el acoso electrónico fue el menos denunciado por los participantes de su estudio, aun así el 4% indicaron haber sido víctimas de ciberacoso.

2.7. EL BULLYING ENTRE PERSONAS MAYORES

2.7.1. Delimitando el término bullying en personas mayores

En primer lugar, cabe mencionar que no existe una terminología consensuada para definir el problema de acoso entre adultos mayores (Jeffries et al., 2018; Leboeuf et al., 2022; McDonals et al., 2015). En la literatura existente hasta la fecha nos encontramos distintas terminologías para referirnos al fenómeno de bullying o acoso entre personas mayores, la mayor parte de investigación generada sobre este tema ha sido en habla inglesa (Botngård et al., 2020; Görgen et al., 2020; McDonals et al., 2015) por lo que a continuación se añadirán todas las terminologías que se han utilizado para referirse al fenómeno de acoso entre mayores con sus correspondientes traducciones: agresión de residente a residente (Resident-to-resident aggression, ARR) (Botngård et al., 2020; Görgen et al., 2020; Jain et al., 2018; Rosen et al., 2008), bullying de residente a residente o entre residentes (resident-to- resident bullying) (Ira, 2018), maltrato de residente a residente (Resident-to-residente mistreatment (R-REM) (Ellis et al., 2014, 2018), bullying entre mayores (older adult bullying, bullying among older adults, senior bullying) (Bonifas, 2016), maltrato, abuso o acoso entre la tercera edad (elder mistreatment, abuse elder o elder bullying) (Hancock y Pillemer, 2022), abuso de residente a residente (Resident-to-resident abuse)(McDonals et al., 2015). Todas ellas se han usado para referirse al bullying entre personas mayores (Andresen y Buchanan, 2017; Jeffries et al., 2018; Görgen et al., 2020). En este sentido, Rosen et al. (2008) definieron la agresión de residente a residente como cualquier tipo de interacción negativa, ya sea física, verbal o sexual, de carácter agresivo y no deseada, que se producen entre residentes en instituciones de cuidado de larga estancia y tienen la intención de causar un daño físico o psicológico en el destinatario.

Por otro lado, cabe destacar que en una investigación en habla francesa desarrollada por Leboeuf et al. (2022) proponen el termino de intolerancia para hacer referencia a todas aquellas interacciones negativas, tanto de tipo verbal, material, sexual o físico, que se producen entre personas mayores, ya que el término de intimidación o maltrato no englobaba todas las conductas al no producirse estas interacciones en una situación de "confianza y al no existir una situación de desequilibrio de poder en muchas de estar interacciones (Bonifas, 2016). En esta línea, los autores recalcan la necesidad de establecer un consenso con respecto

a la terminología utilizada en la descripción de esta problemática en los entornos de convivencia de personas mayores.

Además de esto, los autores hicieron tres observaciones: por un lado, las investigaciones que se centraban en buscar un consenso de terminología eran en habla inglesa. Por otro lado, se seguían usando diversos términos para referirse a esta problemática. Y por último los autores indican que se debe indagar sobre las distintas formas negativas de interacción entre personas mayores para delimitar cuales pueden ser consideradas abuso entre iguales y cuáles no.

2.7.2. Bullying vs alteraciones conductuales en demencias

Bonifas y Frankel (2012) y Ferrah et al. (2015) señalan que en centros institucionalizados suelen producirse gran número de agresiones de residente a residente e incluso agresiones hacia el personal fruto del deterioro cognitivo, asociado al proceso natural de envejecimiento o por patología, experimentado por las personas que llevan a cabo estas agresiones. Estas alteraciones conductuales producto de las demencias, deterioro cognitivo y otras enfermedades mentales como la esquizofrenia, trastorno bipolar, etc., que suelen ser más notables durante la vejez deben diferenciarse del acoso entre personas mayores (Bonifas, 2016; Botngård et al., 2020; VandeNest, 2016). En este sentido, no se cumplirían los criterios de desequilibrio de poder ni intencionalidad mencionados anteriormente (Bonifas, 2016; McDonals et al., 2015; VandeNest, 2016) y serían el resultado de déficits en habilidades sociales, afectación de las funciones ejecutivas como puede ser el control de impulsos y alteraciones del lenguaje lo que puede provocar frustración y graves problemas de comunicación (VandeNest, 2016), en otras palabras, los comportamientos desafiantes producidos por psicopatología o deterioro cognitivo no se consideran conductas de acoso, puesto que no están motivados por la necesidad de ejercer control sobre otra persona. Es necesario considerar que las agresiones entre residentes tienen una naturaleza multifactorial y compleja (Jain et al., 2018).

Desde la Fundación Pascual Maragall (2019) y Botngård et al. (2020) señalan que las conductas agresivas de una persona con demencia surgen en mayor medida por la incapacidad o dificultad para expresar una necesidad que no está siendo atendida y esto le genera malestar. Es importante entenderla como una reacción provocada por la enfermedad, es decir, como un síntoma o manifestación conductual, y no como un ataque.

Por otra parte, Bonifas (2016) señala que la mayoría de usuarios pertenecientes a centros institucionalizados suelen evitar, frecuentemente por temor, aquellos que presentan alteraciones de conducta derivados de enfermedad mental o demencia, por lo que indica que estos últimos suelen ser objetos de acoso (Algase et al., 1996), sobre todo de tipo relacional. Por otro lado, puesto que son conductas con diferentes etiologías, se deben abordar de forma diferente. En este sentido, la autora señala que, se debe prestar atención a la causa de la conducta disruptiva, y no a la conducta en sí. En los casos de acoso, como veremos en los siguientes capítulos, se deberá intervenir estableciendo límites a los agresores, y sustituyendo la sensación de control proporcionada por conductas de acoso por otras conductas más adaptativas socialmente. Asimismo, con las víctimas se deben enseñar habilidades para empoderarlas y tratar con los acosadores. Sin embargo, en las alteraciones conductuales asociadas a enfermedad mental o deterioro cognitivo la intervención se centrará en ver qué provoca esa conducta, ya que si son víctimas de acoso las alteraciones cognitivas que presentan le impedirán asimilar y aprender las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones con otros iguales. Otro hecho que puede darse es que las personas con demencia o enfermedades mentales piensen que están siendo objeto de acoso entre iguales fruto de delirios y alucinaciones (Botngård et al., 2020), ocasionando problemas en la convivencia del centro. En general, Bonifas (2016) y Görgen et al. (2020) destacan que los problemas relacionados con la salud mental y deterioro cognitivo suponen un problema añadido a la prevención e intervención del bullying en entornos comunitarios de personas mayores, aumentando la complejidad de las mismas. En este sentido, Görgen et al. (2020) indica que es importante tener en cuenta que las conductas agresivas entre residentes no se limitan a alteraciones conductuales provocadas por la demencia.

2.7.3. Investigaciones previas sobre el bullying en personas mayores

Como hemos señalado en capítulos anteriores, el fenómeno del bullying, normalmente se ha asociado a contextos escolares, también tiene lugar entre adultos mayores (Bonifas, 2016; García-Munuera et al., 2024; Goodridge et al., 2017; Jeffries et al, 2018; Ruiz- Esteban et al., 2023; Sepe, 2015).

Algunos estudios han señalado que suele darse en cerca del 20% de los adultos usuarios de centros de vida asistida (Bonifas y Kramer, 2011; Trompetter et al., 2011) y alrededor del 50% de usuarios residentes en comunidades de cuidado para personas mayores (Benson, 2012). En su estudio, Leboeuf et al. (2022) afirma que uno de cada tres adultos mayores que

residen en centros de convivencia de larga estancia habían experimentado bullying. En su investigación, Sepe (2015) encuentra que el 85% de los participantes habían sufrido acoso, sin embargo, no establece distinción entre las formas de conducta, señalando que esta problemática se desarrolla a través de la violencia verbal, social y física en sus formas directas e indirectas y con unas consecuencias nefastas para las víctimas. Asimismo, el estudio llevado a cabo por Rex-Lear (2011) no encontró diferencias entre género en adultos mayores respecto a la implicación en conductas de acoso, y determinaron que ser víctima de acoso provocaba problemas en la salud física.

Andresen y Buchanan (2017) y Bonifas (2016) señalan que existe poca investigación acerca del acoso entre personas mayores y que la mayoría de información referente a este tema procede de artículos de opinión y medios de comunicación, siendo la actividad empírica escasa. Pese a que existe escaso material empírico, diversos autores (Andresen y Buchanan, 2017; Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018; Sepe, 2015) señalan que la incidencia de bullying durante la vejez es aún mayor de la que indican las investigaciones ya que muchas víctimas no tienen el conocimiento suficiente para detectar o reconocer dichas conductas negativas, por desconocimiento, por miedo a consecuencias negativas o incluso vergüenza (Bonifas, 2016).

En el estudio desarrollado por Andresen y Buchanan (2017) se entrevistó a 45 miembros del personal de cuidados de cinco centros institucionalizados de personas mayores del oeste de EEUU de los que solamente el 21% indicó que en el su centro de trabajo había programas de prevención e intervención del acoso entre mayores, por otra parte, más del 50% de los participantes indicó no haber recibido formación sobre cómo detectar, prevenir o intervenir ante situaciones de acoso entre personas mayores. Por último, 44 de los 45 entrevistados indicaron haber sido testigos de conductas de acoso entre residentes en su lugar de trabajo. En cuanto a su prevalencia indicaron que el más frecuente fue el acoso verbal (95%) seguido del acoso social o relacional (24%) y, por último, el 5% indicaron la ocurrencia de conductas de acoso de tipo físico. Además, estos autores señalaban que los lugares más comunes de ocurrencia de este tipo de agresiones era el comedor y otros espacios comunes (Andresen y Buchanan, 2017).

Por su parte, Goodridge et al. (2017) desarrollaron una investigación en apartamentos subsidiados de personas mayores en Canadá. Reclutaron a 49 residentes de estos apartamentos de personas mayores con bajos ingresos. Los resultados mostraron que el 39%

de la muestra habían sido testigo de intimidación entre otros usuarios y el 29% indicó haber sido víctima de acoso por parte de otros iguales. Los tipos de acoso más frecuentes fueron de tipo verbal y relacional. El acoso verbal, que fue el más reportado, se dio en forma de comentarios hirientes relacionados con la apariencia física. En cuanto a las conductas de tipo social más reportadas fueron las de exclusión social.

Otro estudio fue el realizado por Sepe (2015) en él se encontró que el 65% de un total de 20 participantes señaló haber sido testigo de acoso en su centro. El 75% señaló haber sufrido acoso durante ese mismo año en el que se realizó la investigación. Por otra parte, no se encontraron diferencias en función del género. Otro dato curioso que se obtuvo fue que sólo el 25% señaló haber comunicado que estaban siendo acosados al personal del centro, el resto no lo comunicó. Por último, se encontró que los adultos mayores se aíslan como consecuencia de las experiencias de acoso.

En la investigación llevada a cabo por Lachs et al. (2016) registraron durante un mes todas las agresiones entre iguales a 2011 personas mayores de centros institucionalizados de en Nueva York. Analizaron la ocurrencia de este tipo de conductas agresivas según el momento del día, la zona de convivencia donde tenían lugar, la edad de los participantes, las formas o tipos de agresión y el nivel de deterioro cognitivo. En primer lugar, encontraron una prevalencia del 20.2% de acoso entre iguales. En segundo lugar, los resultados arrojaron que la forma más común de acoso fue la de tipo verbal siendo las agresiones verbales más comunes la conducta de gritar, con una incidencia del 46.9%, y utilizar palabras malsonantes, con el 44.7% de incidencia. Señalaron, en tercer lugar, que los tipos de agresión física, que tuvieron una incidencia significativa, fueron entrar en la habitación de otro residente sin consentimiento con una incidencia del 23.8% y robar las pertenencias de otros residentes con una incidencia del 19.2%. Por otra parte, indicaron que las zonas más habituales donde solía ocurrir estas agresiones entre iguales fueron en la habitación con una prevalencia del 40.3%, en el comedor con una incidencia de agresiones del 37% y en la sala de actividades presentando una incidencia del 23.8%. En su estudio también muestran que este tipo de incidentes tienen una mayor tasa de ocurrencia durante la tarde y durante la mañana con el 40.8% y el 37.8% de ocurrencia durante estas partes del día. Otro dato interesante que se desprende de este estudio fue que el 48.9% de los encuestados se identificó como acosador en al menos una ocasión. Por último, encontraron que aquellos usuarios menores de 65 años, en contraposición con los mayores de 95 participaban en mayor medida en este tipo de

agresiones entre residentes, siendo su incidencia del 26% frente al 15%; así como que aquellos residentes con deterioro cognitivo leve o con un funcionamiento intelectual intacto participaban en mayor medida en este tipo de conductas que aquellos con mayor deterioro cognitivo. Por último, este estudio mostró que aquellos sujetos que no eran capaces de deambular participaban en mayor medida que aquellos que tenían buena movilidad y la incidencia era mayor en meses de invierno donde tenían que compartir espacios interiores durante más tiempo.

Otro estudio, llevado a cabo por Jeffries et al. (2018) con un total de 241 residentes de los que finalmente participaron 98 sujetos, el 69% de los cuales tenían una plaza pública en el centro, encontraron que el 28% de los participantes indicó haber visto a otro igual ser acosado, un 22% de los participantes habían sido testigos de acoso verbal y un 19% indicó ser testigo de acoso relacional; algo que destacan es que al principio la mayoría de encuestados indicaban no haber sido testigos ni víctimas de este tipo de agresiones en el centro. Atendiendo a los tipos de acoso, el 19% indicaron haber sufrido acoso de tipo relacional y el 17% acoso verbal. En cuanto a la frecuencia de las agresiones la mayoría indicó que estas agresiones se produjeron 1 o 2 veces en los últimos 6 meses, pero el 7% indicó que sufrían acoso todos los días. En este estudio se tuvieron en cuenta también el acoso cibernético, en este sentido no encontraron experiencias de ciberbullying. Este estudio no encontró diferencias significativas entre géneros, en cambio, si se encontraron diferencias significativas en la implicación del bullying entre plazas públicas y privadas, siendo significativamente más alta la incidencia de acoso en centros no subvencionados, esto es, de carácter privado. También se proporcionó datos sobre los lugares de ocurrencia del bullying entre mayores, los resultados mostraron que el 13.7% tenía lugar en los pasillos, el 13.5% se producía en el hall y el 12.7% en la cafetería, también indicaron otras zonas como las zonas de actividades y otras zonas comunes, pero con porcentajes significativamente menores a los señalados. Este estudio también recoge información sobre la forma de responder que tenían los testigos ante situaciones de acoso, los resultados mostraron que el 9.2% ayudaban en el momento de la agresión, el 8.2% se lo comunicaba al personal, el 6.1% ignoraba la situación y el 6.1% prestaba ayuda a la víctima después.

Por su parte, Botngård et al. (2020) realizaron una investigación con una muestra noruega de 3693 trabajadores de centro de convivencia de personas mayores. Sus resultados indicaron que el 90% de los entrevistados había observado agresiones entre residentes en sus centros

durante el año anterior, siendo la agresión verbal y física más comunes, aunque también señalaron agresiones materiales y de carácter sexual. Las conductas agresivas más frecuentes fueron discusiones, gritos e insultos o comentarios obscenos, incluidos en acoso verbal. Como acoso físico, las conductas más frecuentes fueron empujones y pellizcos; asimismo, como conductas que causaban daño al material destacaron los robos y la destrucción de pertenencias y de tipo sexual, destacaron los comentarios sexuales. Los autores indican que las tasas de agresión no fueron elevadas, pero señalan la importancia de intervenir ante este tipo de conductas debido a las consecuencias negativas que acarrean.

Görgen et al. (2020) señaló en su investigación llevada a cabo con población alemana que, con 1240 auxiliares de enfermería, una mayor prevalencia de la agresión verbal entre residentes era mayor que la prevalencia de agresión física y sexual. Estos incidentes se solían dar en zonas comunes como comedor, sala de estar, pasillos, ascensores, etc. También indicaron las zonas exteriores y las habitaciones con menor incidencia. La mayoría indicaban que solían involucrar dos usuarios, aunque también indicaron la existencia de incidentes con más de dos personas implicadas. Este estudio también hizo una distinción en cuanto a la edad y el género indicando que los hombres solían implicarse como agresores y las mujeres se implicaban en mayor medida como víctimas. También determinaron que aquellos residentes entre 60-80 años se implicaban en mayor medida en las conductas de acoso.

Cabe destacar el trabajo empírico desarrollado por Falardeau et al. (2021) que analiza el efecto de la pandemia por la COVID-19 en el fenómeno de acoso entre iguales en centros institucionalizados de Canadá. Determinaron que la pandemia había tenido un impacto sobre las relaciones de acoso, pero no especificaban la prevalencia de las distintas formas de bullying.

En población española, Méndez et al. (2024) señalaron una baja incidencia de bullying en centros institucionalizados y otros lugares de interacción de personas mayores, siendo sobre todo agresiones indirectas tanto verbales como sociales. Analizaron la relación entre el acoso entre iguales y diferentes variables sociodemográficas. En esta línea, no encontraron diferencias significativas según el género ni la procedencia en población de personas mayores. Sin embargo, encontraron diferencias significativas en función del estado civil en el rol de agresor. Además, indicaron que el nivel de estudios es un factor protector, así como la edad, ya que encontraron que a mayor edad mayor implicación en conductas de abuso.

Otra investigación reciente llevada a cabo por García-Munuera et al. (2024) indicó que en una zona del suroeste español encontraron que los principales tipos de acoso se daban de forma verbal y social. No encontraron diferencias en cuanto al género, por el contrario, encontraron que la edad fue relevante en el rol agresor. Además de la prevalencia ya que fue más frecuente los incidentes de acoso entre mayores en centros institucionalizados que en el aula de mayores.

En resumen, como aspectos comunes a todas las investigaciones que se han descrito encontramos que la prevalencia del bullying que se muestra en los estudios no es elevada, pero deja constancia de que este fenómeno social se produce en lugares de convivencia (Botngård et al., 2020; Jeffries et al., 2018; García-Munuera et al., 2024; Ruiz-Esteban et al., 2023). Estas investigaciones resaltaron que, en población mayor, la prevalencia de conductas de acoso de tipo verbal y social son más elevadas que el resto de formas como la cibernética o física (Bonifas, 2016; Botngård et al., 2020; Jeffries et al., 2018; Lachs et al., 2016). Además, señalan que estos episodios agresivos suelen tener lugar en espacios comunes como pasillos, hall, salas de actividades, etc. (Bonifas, 2016; Botngård et al., 2020; Jeffries et al., 2018; Lachs et al., 2016). En cuanto al momento del día, las revisiones sistemáticas llevadas a cabo por Ferrah et al. (2015) y McDonals et al. (2015) indicaron que la mayor parte de las agresiones entre residentes se producen durante la tarde.

Tabla 4.

Principales estudios empíricos sobre intimidación entre personas mayores

García-Munuera et al. (2024)	Terminología: Bullying, acoso entre pares. Muestra: Personas mayores institucionalizadas y de un aula senior (n=80). Zona: España. Resultados: Los principales tipos de acoso son el acoso verbal y relacional. No encontraron diferencias entre género. Un factor relevante fue la edad en el papel de agresor.
Falardeau et al. (2021)	Terminología: Maltrato entre residentes.

	Muestra: Personal de cuidados (n=5), familiares (n=6) y personas mayores (n=10). Zona: Canadá. Resultados: No especifica la prevalencia de las formas de acoso. Se realiza para analizar el efecto de la pandemia en el fenómeno de maltrato entre residentes de centros de vida a largo plazo.
Görgen (2020)	Terminología: Comportamiento agresivo entre residentes. Muestra: Personal de cuidados (n=1.240). Zona: Alemania. Resultados: Encontraron una mayor prevalencia de la agresión verbal entre residentes era mayor que la prevalencia de agresión física y sexual. Los incidentes se solían poder en zonas comunes como comedor, sala de estar, pasillos, ascensores, etc., también indicaron las zonas exteriores y las habitaciones con menor incidencia. La mayoría indicaban que se solían involucrar dos usuarios. Este estudio también señaló una distinción indicando que los hombres solían implicarse como agresores y las mujeres se implicaban en mayor medida como víctimas. También determinaron que aquellos residentes entre 60-80 años se implicaban en mayor medida en las conductas de acoso.
Botngård et al. (2020)	Terminología: Agresión de residente a residente (ARR). Muestra: Personal de cuidados (n=3.693). Zona: Noruega. Resultados: Mayor prevalencia de acoso de tipo verbal y también de tipo físico, aunque también encontraron agresiones materiales y de tipo sexual.
Jeffries et al. (2018)	Terminología: Acoso/ Intimidación entre personas mayores. Muestra: Residentes de una comunidad de personas mayores (n=98).

	Zona: EE. UU. Resultados: Mayor prevalencia del acoso de tipo verbal, seguido del social, del físico y por último el menos frecuente fue el de tipo cibernético. Indicaron también que las zonas más comunes donde se producían fueron los pasillos, la entrada, la cafetería y durante las actividades colectivas.
Buchanan y Andresen (2017)	Terminología: Bullying entre mayores. Muestra: Personal de cuidados (n=45). Zona: EE.UU. Resultados: Prevalencia mayor de acoso verbal y, en segundo lugar, se situó el de tipo social, sobre todo en forma de exclusión social.
Goodridge et al. (2017)	Terminología: Acoso entre pares. Muestra: Personas mayores (n=49). Zona: Canadá. Resultados: Informaron de que ocho de trece participantes habían sido testigos de acoso y diez de casa trece habían sufrido acoso. El acoso tenía lugar en zonas comunes como el vestíbulo y a menudo en presencia de otras personas. Los tipos más frecuentes de abuso eran verbal y social.
Lachs et al. (2016)	Terminología: Maltrato entre residentes. Muestra: Personas mayores en centros institucionalizados (n=2.011). Zona: EE.UU. Resultados: La prevalencia de acoso fue del 20.2%, siendo las agresiones verbales más comunes, seguidas de las físicas. Además, indicaron que los lugares con mayor incidencia eran la habitación, el comedor y la sala de actividades.

VandeNest (2016)	Terminología: Bullying en residencias Muestra: Personal de cuidados (n=45). Zona: EE. UU. Resultados: Mayor prevalencia del acoso verbal, seguido del acoso social. Ocurrencia en comedores y otras zonas comunes.
Sepe (2015)	Terminología: Acoso entre adultos mayores. Muestra: Personas mayores (n=20). Zona: EE. UU. Resultados: Prevalencia del 85% de acoso verbal, relacional y físico en sus formas directas e indirectas sin distinción.
Rex-Lear (2011)	Terminología: Intimidación /Bullying entre adultos mayores. Muestra: Personas mayores (n=111). Zona: EE. UU. Resultados: No se encontraron diferencias entre géneros ni de tipo de conductas (verbal, física, social). Estudiaron la relación entre victimización y salud, encontrando mayor incidencia de problemas físicos de salud en víctimas de acoso.
Trompetter et al. (2011)	Terminología: Agresión relacional de residente a residente. Muestra: residentes de centro de vida asistida (n=121). Zona: EE. UU. Resultados: Mostró que la agresión relacional se daba entre los residentes con una prevalencia del 19%, relacionándose con consecuencias como ansiedad, depresión, menor satisfacción con la vida y aislamiento social.

2.7.4. Factores de riesgo del bullying entre personas mayores

Los factores de riesgo que hacen que una persona mayor sea objeto de maltrato ha sido ampliamente estudiado destacando entre estos factores el padecimiento de enfermedades crónicas y ser mujer (Alraddadi, 2022; Ferrah et al., 2015). Como vimos en el capítulo anterior, la gran diversidad en cuanto a valores, creencias y formas de vida que coexisten en los entornos de convivencia o residenciales de personas mayores pueden contribuir a la aparición de interacciones sociales negativas (Carbonell-Cutillas y García-Longoria, 2012; Monjas, 2021). Esta variabilidad puede ser considerada un factor de riesgo determinante para que se produzcan casos de acoso (Bonifas, 2016; Goodridge et al., 2017). Otro factor que puede contribuir a la aparición de situaciones de acoso en centros institucionalizados es la sensación de pérdida, puesto que el ingreso en un centro de convivencia puede suponer para la persona un hecho estresante y la pérdida de identidad de la persona, en este sentido supone una pérdida de independencia y control sobre sí mismo que puede provocar emociones negativas y generar problemas relacionales con el resto de iguales (Bonifas, 2016; Yanguas, 2021).

En este sentido, Bonifas (2016) señala que las personas mayores percibidas como diferentes al resto tienen una mayor probabilidad de ser víctimas de acoso entre iguales, ya que los acosadores tienen una baja tolerancia hacia las diferencias, así como aquellas recién llegadas o de nuevo ingreso. Estas diferencias, respecto a la mayoría de iguales, pueden ser de raza, etnia, religiosas u de orientación sexual como el colectivo LGTBI+, esto es, se trata de minorías o colectivos más vulnerables (Monjas, 2021). En personas mayores se ha encontrado que las víctimas suelen tener déficits cognitivos y físicos visibles (Abregú-Crespo, 2023; Andresen y Buchanan, 2017; Bonifas, 2016; Monjas, 2021; VandeNest, 2016), por lo que tener algún tipo de discapacidad física o mental, como la demencia o el deterioro cognitivo (Hancock y Pillemer, 2022; Von Humboldt et al., 2020) o enfermedad crónica o ser mujer (Alraddadi, 2022) puede considerarse un factor de riesgo para ser víctima de acoso entre mayores. En esta línea Von Humboldt et al. (2020) señalan que la disminución de la capacidad de aprendizaje, la pérdida de la capacidad de toma de decisiones, la asexualidad, la disminución del atractivo, la discriminación por género, tener menos habilidades sociales y/o menor capacidad económica son factores de riesgo en el fenómeno social de intimidación entre mayores y otras formas de abuso.

Sin embargo, otros estudios han mostrado que existe una mayor prevalencia de conductas de bullying entre mayores en aquellos centros residenciales donde los usuarios mantienen un buen estado cognitivo y funcional (Benson, 2012; Bonifas, 2016).

Andresen y Buchanan (2017) refieren una serie de características de personalidad que pueden hacer que la persona tenga una mayor probabilidad de sufrir acoso por parte de sus iguales como la timidez o introversión, la dependencia emocional y la sumisión. En esta línea, Goodridge et al. (2017) destaca otras características que pueden hacer susceptible a una persona de ser blanco de intimidación como tener una baja autoestima.

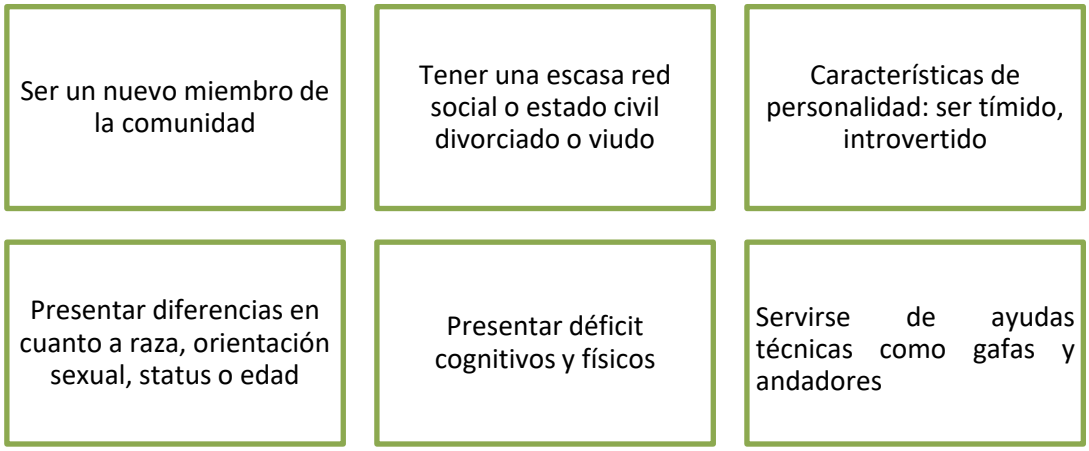
Por otro lado, en los últimos años se ha prestado especial atención, mostrándose un interés creciente en el envejecimiento de personas que han padecido enfermedades asociadas a estigmas sociales como puede ser el padecimiento del VIH, debido a los avances de la medicina, aunque no existe información sobre la experiencia de bullying en este colectivo, sí que se alude al hecho de que estas personas suelen ser discriminadas socialmente y tener problemas relacionales debido al estigma asociado a esta enfermedad. La orientación sexual (Nebot-García et al., 2018) o la identidad de género también se considera un factor de riesgo para sufrir acoso entre pares (Bonifas, 2016). En esta línea, Nebot-García et al. (2018) señalan que las personas homosexuales tienen una mayor probabilidad de sufrir agresiones tanto físicas como verbales afectando a su calidad de vida y experimentando más sentimientos de rechazo y soledad.

Goodridge et al. (2017) y Sepe (2015) señalan que los adultos que necesitaban algún soporte técnico o sanitario como bastón, aparato de oxígeno o andador tenían mayor riesgo de ser acosados, así como aquellos que precisaban de una mayor atención, sobre todo, de sufrir acoso relacional o social. En España, Méndez et al. (2024) encontraron mayor implicación en conductas de acoso en personas con bajo nivel de estudios y una influencia significativa del estado civil del sujeto, así como la edad, aumentando la implicación en este fenómeno a mayor edad y en personas solteras o divorciadas. Por su parte, Goodridge et al. (2017) y Hancock y Pillemer (2022) señalan el estatus socio-económico como un factor de riesgo, existiendo mayor posibilidad de ser objeto de abuso cuando menor es el estatus, así como la salud, tanto de tipo físico como mental. Destacaron también como factor de riesgo la falta de apoyo social (Rex- Lear, 2011) y la soledad o aislamiento (Bonifas, 2016).

En cuanto a las agresiones sexuales, Malmedal et al. (2015) encontraron que en ocasiones pasa desapercibido debido a estereotipos relacionados con la vejez y sexualidad, que llevan a pensar como improbables este tipo de comportamientos. Lo cierto es que encontraron que cuando se producían entre residentes y no hallaron diferencias de género significativas. Con respecto al género, Andresen y Buchanan (2017) señalaron que los hombres tienen mayor probabilidad de ser víctimas de acoso.

Figura 2.

Principales factores de riesgo para ser objeto de bullying entre personas mayores



2.7.5. Consecuencias del bullying en personas mayores

Las diferentes formas de acoso entre iguales mencionadas anteriormente tienen efectos negativos sobre quienes las experimentan o presencian (Bonifas, 2016; Falardeau et al., 2021¸ Olweus, 2013) tanto a nivel físico como a nivel mental o psicológico (Hancock y Pillemer, 2022; McDonals et al., 2015; Sepe, 2015; Thomberg et al., 2023), similares a las consecuencias que se dan en población joven (Bonifas, 2016; Goodridge et al., 2017; Ruiz-Esteban et al., 2023; VandeNest, 2016).

A nivel mental o psicológico diversos autores señalan sentimientos de ira, culpabilidad, y miedo de volver a encontrarse con sus acosadores (Bonifas, 2016; Goodridge et al., 2017; McDonals et al., 2015; Rex-Lear, 2011; Sepe, 2015; VandeNest, 2016), alteraciones emocionales y del estado de anímico tales como la depresión (Zhong et al., 2021) y ansiedad,

problemas de autoestima (Monjas, 2021), diversos trastornos de ansiedad graves como el TEPT, insomnio y otras alteraciones del sueño; también se ha visto la presencia de ideación suicida, incluso el suicidio en casos más extremos y cuando no se detecta a tiempo (Bonifas, 2016, Sepe, 2015). Asimismo, se ha señalado que en residencias comunitarias de personas mayores se puede crear un clima de inseguridad e impotencia, así como sentimientos de querer abandonar o marcharse del lugar (Bonifas y Frankel, 2012; Bonifas, 2016; VandeNest, 2016). También se ha relacionado con una puntuación menor en satisfacción con la vida y una disminución de la salud psicosocial (Jeffries et al., 2018; McDonals et al., 2015).

A nivel físico, los autores que han investigado sobre las consecuencias del bullying en personas mayores refieren mayor afectación de la salud física, aumento de patologías físicas (Bonifas 2016; Ellis et al., 2018; VandeNest, 2016), asimismo han señalado cambios o alteraciones en las pautas de alimentación y sueño, mayor dificultad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (AVBD), mayor tendencia al aislamiento, evitación de pasar por ciertos lugares comunes y sentimientos soledad. En este sentido, Benson (2012) afirma que las víctimas de bullying experimentan en mayor medida sentimientos de soledad y una menor satisfacción con la vida. En esta línea, Sepe (2015) señala que los usuarios de residencias de mayores sufren acoso entre iguales, y en la mayor parte de los casos, estos no lo comunican y se asilan con el fin de evitar. Bonifas (2016) señala que aquellos usuarios de centros de convivencia a largo plazo que habían experimentado acoso por parte de otros iguales presentaban en mayor medida sintomatología depresiva y una menor autoestima (Belluerka et al., 2023), así como presentaban mayor probabilidad de haber sido víctimas de acoso en la niñez. Según Rex- Lear (2011) aquellos mayores que habían sido víctimas de acoso durante la juventud se asociaban a problemas de salud física a largo plazo.

En los casos más extremos, estos comportamientos agresivos entre residentes han desencadenado en la muerte de la víctima, la mayoría de veces provocados por caídas derivadas de empujones. Diversos estudios se han encargado de vislumbrar este hecho (Botngård et al., 2020; Caspi, 2016; DeBois et al., 2019; Görgen et al., 2020; Pilgrim e Ibraim; 2017). En concreto, DeBois et al. (2019) indican en su investigación que las víctimas fallecidas por agresiones entre residentes tenían de media dieciséis años más que los perpetradores y la mayoría presentaban algún tipo de demencia.

Como se puede apreciar, la sintomatología que experimenta la víctima en la tercera edad coincide con la experimentada en acosados en edad escolar (Bonifas, 2016; García-Munuera

et al., 2024; Ruiz-Esteban et al., 2023; VandeNest, 2016). En la tabla 5 se muestran las principales manifestaciones tanto a nivel psicológico como físico, que se desencadenan con la experiencia de sufrir acoso entre pares durante la vejez.

Tabla 5.

Consecuencias asociadas al bullying en personas mayores

Síntomas psicológicos	Síntomas físicos
Ira, miedo, frustración, ansiedad, preocupaciones, vergüenza, rumiación, impotencia, empeoramiento de psicopatologías, problemas de autoestima, depresión, ideación suicida, TEPT, aislamiento.	Pérdida de apetito, aislamiento social, problemas de sueño, aumento de afecciones físicas, incapacidad para llevar a cabo ABVD, deseo de abandonar el centro o mudarse.

Bonifas (2016) también señala que el acoso entre pares cuando se produce en centros de convivencia de personas mayores no solo perjudica a la persona que lo sufre sino al centro en su totalidad. Esto se puede manifestar mediante acciones generalizadas de faltas de respeto o inseguridad generalizada, observar mayor incidencia de conductas de acoso entre otros miembros del centro y una menor participación en las actividades grupales (Görgen et al., 2020); afectando gravemente al clima social de la institución. En esta línea, Goodridge et al. (2017) señala que aquellos que habían presenciado conductas de acoso por parte de sus iguales sentimientos de malestar, miedo, tristeza, estrés e incluso ira.

Por otro lado, los estudios realizados hasta la fecha, indican que, pese a la falta de evidencia científica, y en base a opiniones anecdóticas (Bonifas, 2016; Jones, 2015), sugiere que para el personal que trabaja en estos centros de estancia de mayores, también tiene consecuencias negativas como falta de motivación y mala ejecución del trabajo, unido a la insatisfacción laboral, disminuyendo el compromiso laboral y aumentando la rotación en el trabajo, también merma la relación entre el personal y los usuarios.

No obstante, existen diversas estrategias de afrontamiento frente a las situaciones de acoso que las personas desarrollan gracias a su capacidad de resiliencia (Yang y Salari, 2024) como

evitar el contacto o encuentros negativos con el agresor, callarse y no enfrentarse ante provocaciones, realizar actividades de forma individualizada, intentos de entender la situación de la otra persona, pasar tiempo con mascotas y favorecer aquellas relaciones que supongan un apoyo (Bonifas, 2016).

2.7.6. Instrumentos de evaluación del acoso entre personas mayores

Muchas de las agresiones producidas entre residentes no serán denunciadas al personal del centro por miedo a represalias de sus iguales, además, entre los miembros del personal, al ser en mayor medida de tipo relacional y verbal, no son visibles y tienden a pasar desapercibidas, por ello, es necesario prestar atención a cualquier señal de alerta (Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018). Algunas de estas señales son: si se observa en un usuario que evita ciertas zonas o actividades del centro, trasladándose a zonas comunes por vías alternativas o dando rodeos, si la persona realiza comentarios que expresan la falta de agrado o quejas hacia sus iguales, un usuario recién llegado en el centro presenta dificultades de adaptación a la dinámica del centro o para establecer relaciones con el resto de usuarios, quejas frecuentes acerca de un residente o varios de ellos en el centro, el personal observa problemas a la hora de interaccionar con un determinado usuario. La autora señala que el personal debe extremar la precaución, ya que, en ocasiones el acosador denuncia que está siendo intimidado por otros, esto se produce cuando los observadores atacan al agresor con el objetivo de frenar sus agresiones hacia otro igual.

Jeffries et al. (2018) sugieren que una mayor investigación de este fenómeno es en esta población es necesaria y que podría favorecer la comprensión del acoso entre mayores y proporcionar estrategias que permitan la sensibilización y concienciación social, así como el desarrollo de medidas para prevenirlo e intervenir en estos contextos.

En este sentido, para poder prevenir e intervenir en los distintos casos de bullying en entornos de convivencia de personas mayores es necesario contar con herramientas que nos ayuden a detectarlos (Ruiz-Esteban et al., 2023; Zych et al., 2015). La escasez de investigaciones existentes sobre agresión de residente a residente hace complicado su evaluación, prevención y eliminación en centros institucionalizados (Jain et al., 2018) así como la intervención ante casos de acoso en los entornos comunitarios de personas mayores (Görgen et al., 2020). La gran mayoría de los estudios realizados se basan en la elaboración de entrevistas semiestructuradas con preguntas ad hoc dirigidas al personal de servicios de

larga estancia de personas mayores (Andresen y Buchanan, 2017; Botngård et al., 2020; Ellis et al., 2018; Ferrah et al., 2015; Görgen et al., 2020; Sepe, 2015; VandeNest, 2016) o a la población objeto, esto es, la población mayor (Goodridge et al., 2017; García-Munuera et al., 2024; Jeffries et al., 2018; Ruiz-Esteban et al., 2023). El análisis del tipo de conductas problemáticas más comunes y la frecuencia de ocurrencia de las mismas resulta de utilidad para planificar una intervención eficaz en el centro (Bonifas, 2016). Los instrumentos de evaluación del fenómeno del bullying en mayores son escasos (Bonifas, 2016; Ruiz-Esteban et al., 2023) en contraposición con la amplia gama de instrumentos con los que se cuenta para analizar el fenómeno de acoso en otros ámbitos como el escolar y universitario (Garaigordobil et al., 2017). Entre la literatura existente, cabe señalar el desarrollo de un instrumento que pretende medir las interacciones de maltrato entre residentes. Esta escala fue desarrollada por Teresi et al. (2013); consta de 11 ítems, y supone un importante avance en la detección, evaluación y medida de las agresiones entre personas mayores en centros institucionalizados, se identificaron tres factores: el verbal, el físico y otro, menos diferenciado que incluía los ítems de invasión de habitaciones y lanzamiento o uso de objetos/ instrumentos. Los ítems recogidos fueron: 1= Usar expresiones verbales negativas hacia otro residente, 2= Gritar a otro igual, 3= Asustar o amenazar a otro igual, 4= Ordenar o establecer que hace otro igual, 5= Golpear a otro residente, 6=Agarrar o tirar a otro residente, 7= Empujar a otro residente, 8= Arrojar cosas a otro residente, 9= Amenazar a través de instrumentos y objetos como un bastón, 10= Cualquier agresión física como pegar patadas, morder, escupir o arañar y 11= Entrar en la habitación de otro usuario sin consentimiento.

Otro instrumento en habla inglesa fue el desarrollado por Trompetter et al. (2011) y Bonifas (2014) crearon el "Bullying Questionnaire" diseñado para evaluar la frecuencia y tipología de las conductas de intimidación que tienen lugar en centros institucionalizados de personas mayores (Bonifas, 2016), que ha sido desarrollado más ampliamente en el apartado de metodología.

En habla inglesa, Trompetter et al. (2011) y Bonifas (2014) crearon el "Bullying Questionnaire" diseñado para evaluar la frecuencia y tipología de las conductas de intimidación que tienen lugar en entornos institucionalizados y otros lugares de convivencia de personas mayores (Bonifas, 2016).

Se trata de una escala con un formato tipo Likert que consta de cinco categorías de respuesta, marcando la frecuencia con la se producen recogen diferentes experiencias de acoso verbal, social y físico. Siendo estas: 0 = nunca, el 1 = pocas veces al mes, el 2 = muchas veces al mes, 3= varias veces a la semana y 4 = varias veces al día. Este cuestionario consta de 20 ítems.

En población española, Ruiz-Esteban et al. (2023) señalan la necesidad de contar con instrumentos validados y estandarizados que permitan analizar la situación del bullying en centros institucionalizados y de convivencia de personas mayores para poder implantar políticas y estrategias y pautas preventivas y de intervención eficaces. En este sentido, Méndez et al. (2024) desarrollaron una escala tipo Likert con 5 alternativas de respuesta (0= Nunca, 1= cada dos o tres meses, 2= varias veces al mes, 3= varias veces a la semana y 4= varias veces al día) que consta de 22 ítems y fue previamente adaptada a población española, desarrollada a partir del "Bullying Questionnaire" de Bonifas (2016), mediante la traducción al español de la misma por los diferentes miembros del equipo de investigación, en primer lugar y en segundo lugar, por un experto. Para su validación se contó una muestra de 475 adultos mayores pertenecientes a distintos centros de convivencia de personas mayores, con edades que oscilaban entre los 58 y 95 años, siendo mujeres el 66.9% del total. El instrumento reveló una consistencia interna de α=.74. Asimismo, se identificaron cuatro factores de acoso: en primer lugar, relacionados con el perfil de la víctima, en segundo lugar, sobre comportamientos de la víctima agresora o proactiva, en tercer lugar, sobre comportamientos de la víctima referidos a violencia verbal y uso de armas y, en cuarto lugar, se recogían los comportamientos del agresor. La administración de dicho cuestionario precisa de una media de 15 minutos, dependiendo de la capacidad de respuesta del entrevistado, por lo que esta escala supone un instrumento breve, que permite evaluar la problemática del bullying en centros de convivencia de mayores, pudiendo detectar mediante su uso perfiles víctimas o agresores, y haciendo posible de este modo la implantación de programas que fomenten el buen clima y unas relaciones sociales de calidad entre los individuos que coexisten en estos entornos, fomentando la calidad de vida y el estado de bienestar durante la vejez y evitando la aparición de consecuencias negativas como el aislamiento social y alteraciones del estado de ánimo (Bonifas, 2016; Méndez et al., 2024).

2.7.7. Prevención del bullying entre personas mayores

La mayoría de estudios centrados en la prevención en centros institucionalizados se han enfocado en el abuso de personas mayores por parte del personal de cuidados (Alon et al., 2022; Touza y Prado, 2019; Wangmo et al., 2017). La escasa investigación de este fenómeno de abuso entre mayores hasta la también ha repercutido de forma negativa en las pautas preventivas de conductas de acoso consolidadas (Bonifas, 2016; Ruiz-Esteban et al., 2023). Las medidas de prevención implantadas con el objetivo de disminuir la incidencia del bullying en la tercera edad deberían tener en cuenta las estrategias potencialmente efectivas sugeridas por el colectivo de adultos mayores que comparten entornos y recursos en centros institucionalizados, lúdicos o de formación (Bonifas, 2016; DeBois et al., 2019; Jeffries et al., 2018), ya que pueden presenciar incidentes de abuso entre iguales en mayor medida que los miembros del personal (Bonifas, 2016; Jain et al., 2018; Jeffries et al., 2018; Ruiz-Esteban et al., 2023; Sepe, 2015; VandeNest, 2016). En este sentido, los usuarios de centros institucionalizados ofrecieron las siguientes sugerencias de cómo las organizaciones o centros pueden reducir la intimidación y otros comportamientos sociales problemáticos entre personas mayores (Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018):

- Implantación de talleres para gestionar los sentimientos de ira ya que indicaron que muchos de los conflictos entre residentes se debían a problemas para canalizar sus emociones de ira o enojo. Por ello indicaron como posible intervención ofrecer pautas para el manejo y control de emociones intensas.

- Establecimiento de límites a las personas que tienen comportamientos negativos o molestan a otros usuarios del centro. Siendo el personal el que señale los comportamientos negativos y proporcione estrategias de conductas alternativas y aceptables.

- El trabajo en colaboración con los residentes para minimizar la ocurrencia de interacciones sociales negativas y conductas de abuso (Jeffries et al., 2018; Leboeuf et al., 2022). La autora propone el establecimiento de reuniones de tipo periódico, con la finalidad de favorecer la comunicación e identificación de soluciones relacionadas con interacciones sociales negativas que se hayan producido, manteniendo el anonimato. El grupo podría discutir lo que había pasado y, junto con el personal del centro, analizar la situación e implementar las

intervenciones pertinentes en cada caso. En este sentido, Ruiz-Esteban et al. (2019) destacan la relevancia del uso de un vocabulario afín a las características, contexto y nivel de estudios de los participantes.

- Desarrollar protocolos donde se recojan una serie de normas de conductas sociales aceptables, así como, informar a los residentes sobre comportamientos que no están permitidos en el contexto comunitario. Esta medida se basa en la presunción de que algunos usuarios pueden no tener claro qué comportamientos sociales son apropiados o inapropiados (Bonifas y Valderrama, 2016).

Bonifas (2016) y Jeffries et al. (2018) señalan algunas estrategias para detectar los casos de acoso dentro de una organización. Una de ellas es la encuesta de interacción social que recoge información sobre el tipo de acoso que se ha producido, la frecuencia y la localización en el centro. Por otro lado, propone la elaboración de un reporte donde los profesionales puedan hacer un seguimiento de las conductas de acoso, indicando la fecha, persona agresora, persona víctima, lugar del centro donde se produce y comportamiento que se ha llevado a cabo. En esta línea, Teresi et al. (2013) elaboró un formulario, que se describe en el anterior capítulo, cuyo principal objetivo era identificar los patrones de las conductas de abuso entre mayores y desarrollar estrategias eficaces.

Bonifas (2016) expone tres niveles de prevención ante el acoso entre personas mayores, basados en el modelo clásico de prevención (Ruiz-Esteban et al., 2023). A continuación, se muestran los tres niveles:

El primer nivel se basa en desarrollar en los entornos comunitarios (Hancock y Pillemer, 2023) diversos programas y estrategias encaminadas a evitar que aparezcan conductas de agresividad entre los residentes, creando climas de respeto y empatía (Bonifas, 2016; Goodridge et al., 2017; Görgen et al., 2020). Esto es, consiste en el desarrollo de diversas actuaciones antes de que la situación de bullying aparezca en el centro (Ruiz-Esteban et al., 2023). En este sentido, propone programas de entrenamiento en habilidades sociales (HHSS) y resolución de problemas (Görgen et al., 2020), con la finalidad de ofrecer recursos de afrontamiento ante circunstancias conflictivas entre los usuarios del centro y formación a la sociedad con el objetivo de que puedan detectar situaciones de acoso entre iguales, esto es, fomentar la conciencia comunitaria (Botngård et al., 2020; Hancock y Pillemer, 2022), en

especial al personal que trabaja en centros institucionalizados de personas mayores (Görgen et al., 2020; VandeNest, 2016).

El segundo nivel, Teresi et al. (2013) y Bonifas (2016) indican la necesidad de trabajar en los centros comunitarios la educación de los usuarios en valores, así como el reforzamiento positivo a aquellas conductas que surgen en el centro de ayuda hacia los demás, empatía, respeto, cooperación, etc. Incentivándolas, premiándolas y reconociéndolas en público a través de programas o sesiones formales. Ruiz-Esteban et al. (2023) señalan que este tipo de intervención se realiza como prevención secundaria, llevándose a cabo cuando se haya producido algún altercado puntual en el centro de convivencia, sin que se haya cronificado.

El tercer nivel, se refiere a la prevención terciaria (Ruiz-Esteban et al., 2023), las intervenciones que se desarrollan en esta fase se plantean asumiendo que es un problema cronificado (Sepe, 2015) y asumiendo que el acoso y los diferentes tipos de agresiones tienen lugar en los centros (Goodridge et al., 2015; Jeffries et al., 2018; Sepe, 2015). Las intervenciones en este caso se basan en el fomento de las conductas prosociales como voluntariado y otras tareas que supongan un bien social. Estas actividades deben incluir al máximo número de convivientes posible, incluyendo, asimismo, a las familias y miembros del personal (Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018). A continuación, en la Tabla 6 se exponen de forma resumida las principales intervenciones en cada uno de los niveles de actuación mencionados.

Tabla 6.

Principales intervenciones en los tres niveles de intervención

Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel
Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
Cuando aún no hay problemas de bullying o agresión en el centro. Entrenamiento HHSS.	Casos aislados de bullying o agresión. Educación en valores. Reforzamiento positivo ante acciones sociales positivas.	Problema de bullying cronificado. Fomento de conductas prosociales con fines benéficos a la comunidad.

Técnicas de afrontamiento ante conflictos. Psicoeducación.	Importante incluir al personal y familias.

Por último, Ruiz-Esteban et al. (2023) señalan la importancia de establecer medidas de prevención contra la aparición y, sobre todo, la permanencia a lo largo del tiempo de este tipo de conductas y sus nefastas consecuencias, ya que conllevan un elevado gasto económico y un problema de salud pública (Von Humboldt et al., 2020). Por su parte, Botngård et al., 2020, indican que es necesaria una mayor investigación sobre los factores de riesgo para el diseño de acciones preventivas eficaces. Un dato alarmante se desprende de la investigación de Andresen y Buchanan (2017) que señalan que más de la mitad del personal entrevistado no había recibido formación formal acerca del bullying en mayores y tan solo el 21% contaba con protocolos contra el acoso.

A continuación, se mencionarán algunas estrategias de prevención que han resultado efectivas ante situaciones de acoso entre personas mayores.

2.7.8. Intervención del bullying entre personas mayores

La escasez de estudios existentes sobre agresión de residente a residente hace complicado su intervención y eliminación en centros institucionalizados (Jain et al., 2018) así como la intervención ante casos de acoso en los entornos comunitarios de personas mayores ya que no se han desarrollado programas educativos que faciliten la gestión y disminución del maltrato entre residentes (Andresen y Buchanan, 2017; Ellis et al., 2018; Jeffries et al., 2018) tanto para la capacitación del personal que trabaja en dichos centros (Andresen y Buchanan, 2017; DeBois et al., 2019) como para usuarios (Bonifas, 2016). Esto, unido a la falta de conocimiento sobre este problema social en la sociedad (Mcdonals et al., 2015), la escasez de denuncias por miedo o vergüenza y que diversas conductas pasan inadvertidas (Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018; Sepe, 2015) hacen complicado su detección y, por ende, su intervención.

En cuanto a las intervenciones, Bonifas (2016) propone el "Modelo de intervención en tres niveles" (Ruiz-Esteban et al., 2023). Según los autores, la intervención y disminución del acoso debe implicar intervenciones centradas en todos los componentes que entran en juego

ante una situación de acoso. En este caso, distingue tres niveles o componentes de intervención: el nivel organizativo, a nivel de agresor y el nivel de las víctimas. Los autores indican que el nivel organizacional debe ser el principal, puesto que cuando la intervención se lleva a cabo en la organización las necesidades de los acosadores, frecuentemente son cubiertas y los factores de riesgo de aquellos usuarios objeto de abuso se minimizan, ya que desde un modelo más centrado en la persona podrían cubrirse las necesidades que desencadenen conductas de agresión hacia otros iguales (Botngård et al., 2020; Jeffries et al., 2018). De este modo, la intervención en los dos niveles restantes es más fácil. La importancia de la intervención a nivel de organización, en ocasiones, puede no ser reconocida, ya que se tiende a pensar que el cambio debe producirse sobre el agresor (Garaigordobil et al., 2017). Sin embargo, los resultados más positivos se logran mediante el uso de un conjunto combinado de estrategias que combaten las conductas de acoso teniendo en cuenta e implicando a todos los niveles (Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018; Ruiz-Esteban et al., 2023). En esta línea, Jeffries et al. (2018) y Botngård et al. (2020), señala la importancia de reasignar estructuras de la organización cuando sea necesario como cambiar a los compañeros de habitación donde se hayan detectado episodios de agresión o en otras zonas comunes del centro o la retirada de objetos o utensilios que puedan ser utilizados como arma.

El abordaje del acoso desde el nivel organizacional (Görgen et al., 2020; Hancock y Pillemer, 2022), se basa, sobre todo, en evitar que estas conductas aparezcan en los entornos de convivencia. El objetivo, en este caso es crear ambiente saludable basándose en habilidades y valores como la empatía, cuidado y la solidaridad social donde no se tolere el acoso, mostrando preocupación por los demás y fomentando la capacidad de reconocer y expresar sentimientos con el resto (Garaigordobil, 2015; Méndez et al., 2019a). Para ello, se precisa de la implicación de los adultos mayores que conviven en entornos comunitarios y del personal que trabaja con ellos en pro de la disminución de aquellas interacciones sociales negativas (Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018; Ruiz-Esteban et al., 2023). Por lo consiguiente, los esfuerzos de intervención deben incluir, como se ha mencionado anteriormente, a todos los implicados, siendo necesaria la implicación de los miembros del personal (Andresen y Buchanan, 2017; Bonifas, 2016; García-Peña et al., 2013; Méndez et al., 2019b; Ruiz-Esteban et al., 2023). En este nivel de intervención, Bonifas (2016) y Hancock y Pillemer (2022) señalan la importancia de crear comunidades cuidadosas donde tanto usuarios como el personal se hacen responsables de sus acciones y tengan predisposición de establecer un clima de respeto e igualdad siendo capaces de establecer límites, así como defender y

denunciar cualquier comportamiento negativo o problemático hacia otros. Según los autores (Bonifas, 2016; Hancock y Pillemer, 2022; Jeffries et al., 2018; Ruiz-Esteban et al., 2023), las administraciones públicas también deberían incluirse en la promoción de estos principios en contextos de convivencia de la tercera edad, un ejemplo de ello es hacer firmar un código de buena conducta a los profesionales que trabajan en el ámbito de la tercera edad, donde se indique que se mantendrá una actitud de respeto y se erradicará el uso de un lenguaje obsceno y otro tipo de comportamientos abusivos.

Bonifas (2016) propone otra estrategia para disminuir las conductas de acoso a través del aumento de los comportamientos positivos, se trata de intervenciones simples que tienen como base el reforzamiento positivo cuando un residente tenga conductas prosociales y positivas con otro residente como puede ser dar la bienvenida a nuevos residentes, ayudar a otro igual que presenta alguna discapacidad o simplemente sea diferente, conductas de empatía y ayuda hacia el otro. Teniendo en cuenta que aquellos que ejercen el rol de agresor buscan atención a través de la ejecución de acciones negativas (Cano-Echeverri y Vargas-González, 2018), reforzar positivamente las acciones de cariño y empatía producen una alternativa de reconocimiento a través de conductas entre iguales positivas.

En esta línea, Bonifas (2016) señala tres intervenciones para fomentar las conductas positivas en entornos comunitarios de personas mayores: en primer lugar, los círculos de aprendizaje de paz, que consiste en la puesta en marcha de talleres de sensibilización a los residentes sobre qué es el bullying o abuso (Hancock y Pillemer, 2022) y el aprendizaje de estrategias para frenar interacciones negativas entre sus iguales como puede ser el uso del humor, capacidad de relajarse o calmarse o redirigir la conducta del otro. En segundo lugar, propone una serie de herramientas para entrenar el civismo, estas son las siguientes: practicar la escucha activa, prestar atención, ser inclusivo, practicar el respeto, el agradecimiento, el perdón y la responsabilidad, así como saber dar y recibir críticas, evitando los chismes. Consisten en el entrenamiento en habilidades sociales que mejoren las relaciones durante la convivencia, así como su difusión a través de tablones de anuncios, etc. (Ruiz-Esteban et al., 2023) promoviendo el debate y la reflexión sobre cómo mejorar las relaciones sociales en el entorno comunitario y aprendiendo a tratar con respeto al otro (Monjas, 2021).

Las estrategias de intervención dirigidas a las víctimas incluyen el trabajo de su autoestima, seguridad en sí mismo y HHSS entre ellas la capacidad de pedir ayuda, incrementar su capacidad de resiliencia (Acevedo y Cuellar, 2020), mejorar su red social, de modo que tenga

con quienes compartir sus inquietudes y hablar, incluir en actividades agradables que mejoren su estado de ánimo (Lorenzo y Becoña, 2022), esto puede empezar haciéndose con la ayuda de una figura que le dé seguridad, por ejemplo, incluir en una actividad de estimulación cognitiva grupal y sentarse cerca del psicólogo que lo realiza (Bonifas, 2016)

Otra estrategia que Bonifas (2016) propone es el entrenamiento de los testigos. En este sentido se les enseña a los mismos a discriminar e intervenir de manera efectiva ante situaciones de abuso entre iguales, basándose en la premisa de que la mayor parte de conductas abusivas tienen lugar ante la presencia de espectadores. Se puede realizar usando la técnica de role-playing. Se señala que el desarrollo de comunidades basadas en el respeto y la empatía es un proceso lento a nivel organizacional y consiste en romper el círculo del bullying, adoptando una actitud de tolerancia cero ante estas conductas (Goodridge et al., 2017; Jeffries et al., 2018).

Entre las intervenciones básicas centradas en los agresores o personas que acosan, y que ayudan a minimizar el bullying en entornos de convivencia de personas mayores se incluyen el establecimiento de límites, estos deben establecerse de forma clara y precisa, proporcionar redes de apoyo que permitan el desahogo emocional y la frustración. En este sentido la figura del profesional de la psicología es fundamental (Ruiz-Esteban et al., 2023). Por otra parte, señala la necesidad de identificar alternativas positivas a las conductas agresivas que proporcionen control y poder, así como el desarrollo de sus habilidades de comunicación y, en general sociales mediante el trabajo de la empatía y la ampliación de sus redes sociales (Bonifas, 2016; Goodridge et al., 2017; Imuta et al., 2022; Jeffries et al., 2018; Ruiz- Esteban et al., 2023).

Respecto a la intervención con la víctima, se propone realizar talleres de autodefensa por medio de dinámicas de role-playing, empoderar y aprender habilidades comunicativas ante el ataque de acosadores con el objetivo de minimizar su capacidad de control sobre la víctima (Jeffries et al., 2018), también se debe facilitar que se denuncien las conductas inapropiadas entre residentes al personal de cuidado, acompañar y apoyar a la víctima para que no se aísle socialmente posicionándole cerca de los profesionales a la hora de la puesta en marcha de actividades de estimulación cognitiva o físicas, por ejemplo. Bonifas (2016) sugiere que la creación de grupos de ayuda mutua es de mucha utilidad, ya que se apoyan y aprenden habilidades que le ha funcionado a otros iguales contra sus agresores. Por otro lado, Jones (2015) y McDonals et al. (2015) sugieren que la disposición y estructura de los centros tienen

una gran importancia en el fenómeno de intimidación entre pares, para ello proponen aumentar la ratio del personal en dichos centros, mejorar la disposición de los usuarios en el centro e implantar el uso de habitaciones privadas, ya que en las habitaciones compartidas se producen muchas agresiones por diferencias en cuanto a preferencias de volumen o canales de televisión, temperatura o luminosidad, entre otros (McDonals et al., 2015), además del entrenamiento anti-bullying y el desarrollo de políticas contra el acoso (Jones, 2015).

Se deben establecer protocolos y políticas que favorezca la convivencia, y por tanto la salud y bienestar psicológico de las personas mayores en centros comunitarios (Andresen y Buchanan, 2017; Bonifas, 2016; Ellis et al., 2018; Görgen et al., 2020; Hancock y Pillemer, 2022; Jones, 2015; McDonals et al., 2015; Ruiz-Esteban et al., 2023). Proporcionar psicoeducación a la sociedad y al colectivo de personas mayores es fundamental (Andresen y Buchanan, 2017; Bonifas, 2016; Ellis et al., 2018; Falardeau et al., 2021; Ruiz-Esteban et al., 2023) además de la implicación de la administración pública, políticas sociales y de salud (Hancock y Pillemer, 2022; Jeffries et al., 2018; Jones, 2015; Leboeuf et al., 2022) y de los profesionales que trabajan en el ámbito de personas mayores (Ellis et al., 2018; Görgen et al., 2020; Teresi et al., 2013) por lo que es importante enseñar pautas para reconocer, gestionar y denunciar estas agresiones entre residentes a nivel comunitario, de lo contrario podría provocar consecuencias cada vez más graves (Botngård et al., 2020; Ellis et al, 2018; Jones, 2015).

Pese a la escasa literatura existente del fenómeno de intimidación entre adultos mayores, así como de su prevención e intervención. Este ha recibido una importante atención en edades más tempranas, que van en línea con las propuestas anteriores. A este respecto, el acoso entre iguales en población joven se ha destacado como estrategias de prevención eficaces el trabajo de la capacidad de empatía, el asertividad, las habilidades sociales y la educación emocional (Monjas, 2021), además de la psicoeducación basada en la no tolerancia de la violencia y en la tolerancia hacia la diversidad (Estévez y Gómez-Medina, 2018). Por último, señalar la importancia del proceso de adaptación de los nuevos usuarios a la dinámica de los centros, ya que en el estudio llevado cabo con universitarios por Aparisi et al. (2024) indican que la adaptación al centro se relacionó con menor implicación en conductas de acoso entre pares.

CAPÍTULO 3. INTELIGENCIA EMOCIONAL

INTRODUCCIÓN

La inteligencia emocional (IE) es un constructo psicológico que ha ganado considerable atención en las últimas décadas debido a su importancia en la comprensión de la conducta humana y su impacto en diversos ámbitos de la vida. Este concepto se refiere a la capacidad de identificar, comprender y gestionar las propias emociones, así como las emociones de los demás. En este capítulo, se explorará el concepto de inteligencia emocional, se analizarán los instrumentos de evaluación comúnmente utilizados y se discutirá la relación entre la inteligencia emocional y el envejecimiento.

El concepto de inteligencia emocional fue popularizado por Daniel Goleman en su libro de 1995, "Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ". Sin embargo, el término fue inicialmente introducido por los psicólogos Peter Salovey y John Mayer en 1990.

La evaluación de la inteligencia emocional es un área de investigación activa, con diversos instrumentos desarrollados para medir este constructo. Entre los más reconocidos se encuentran el Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT), el Inventario de Cociente Emocional de Bar-On (EQ-i) y el Cuestionario de Inteligencia Emocional de Goleman (EQ-i 2.0). El MSCEIT es un test basado en habilidades que evalúa las cuatro ramas de la IE descritas por Salovey y Mayer, mediante una serie de tareas que miden la capacidad de los individuos para percibir, utilizar, comprender y gestionar emociones. Por otro lado, el EQ-i de Bar-On es un autoinforme que evalúa la inteligencia emocional a través de cinco componentes: el autoconocimiento emocional, la autogestión, la conciencia social, la gestión de relaciones y la toma de decisiones. El EQ-i 2.0, desarrollado a partir del trabajo de Goleman, también utiliza un enfoque de autoinforme para evaluar competencias emocionales y sociales en las mismas dimensiones mencionadas.

La relación entre la inteligencia emocional y el envejecimiento es un área de estudio particularmente interesante. A medida que las personas envejecen, experimentan cambios en sus capacidades cognitivas, emocionales y sociales que pueden influir en su inteligencia emocional. Algunos estudios sugieren que la inteligencia emocional puede mejorar con la edad debido a la acumulación de experiencias de vida y a una mayor capacidad para regular las emociones. Esta perspectiva se alinea con la teoría de la selectividad socioemocional de

Laura Carstensen, que postula que las personas mayores tienden a priorizar las relaciones y actividades emocionales significativas a medida que perciben el tiempo de vida como más limitado.

La investigación ha demostrado que las personas mayores pueden tener una mayor capacidad para gestionar emociones y resolver conflictos interpersonales de manera efectiva. La inteligencia emocional no solo se mantiene, sino que puede incluso mejorar en la vejez, proporcionando a las personas mayores herramientas importantes para enfrentar los desafíos emocionales y sociales de esta etapa de la vida.

Además, la inteligencia emocional en la vejez está relacionada con el bienestar psicológico y la calidad de vida. Un alto nivel de inteligencia emocional puede ayudar a las personas mayores a manejar el estrés, la soledad y las pérdidas, que son comunes en esta etapa de la vida. Estudios han mostrado que las personas mayores con alta inteligencia emocional tienden a tener una mejor salud mental y física, mayor satisfacción con la vida y relaciones interpersonales más saludables.

La evaluación de la inteligencia emocional en personas mayores puede presentar algunos desafíos específicos. Las diferencias generacionales en la comprensión y expresión de las emociones pueden influir en los resultados de los test de inteligencia emocional. Además, las posibles limitaciones cognitivas y físicas asociadas con el envejecimiento pueden afectar la capacidad de las personas mayores para completar ciertas tareas o responder a cuestionarios de manera precisa. Por lo tanto, es importante adaptar los instrumentos de evaluación para asegurarse de que sean adecuados y relevantes para esta población.

La promoción de la inteligencia emocional entre las personas mayores puede ser beneficiosa para su bienestar general. Intervenciones como programas de entrenamiento en habilidades emocionales, actividades de mindfulness y apoyo social pueden ayudar a mejorar la inteligencia emocional y, en consecuencia, la calidad de vida de las personas mayores. Por ejemplo, programas de mindfulness han demostrado ser efectivos para mejorar la regulación emocional y reducir el estrés en adultos mayores. Además, fomentar el apoyo social y las conexiones interpersonales puede proporcionar a las personas mayores un entorno emocionalmente enriquecedor que promueva su bienestar.

En conclusión, la inteligencia emocional es un constructo complejo y multifacético que desempeña un papel crucial en el bienestar y las relaciones interpersonales a lo largo de la vida. La evaluación de la inteligencia emocional se realiza mediante diversos instrumentos, cada uno con sus fortalezas y limitaciones. En el contexto del envejecimiento, la inteligencia emocional puede no solo mantenerse sino también mejorar, proporcionando a las personas mayores herramientas importantes para gestionar los desafíos emocionales y sociales. Promover la inteligencia emocional en esta etapa de la vida puede contribuir significativamente al bienestar psicológico y a la calidad de vida de las personas mayores, haciendo de este un campo de estudio y práctica de gran relevancia en la psicología y la gerontología.

3.1. DEFINIENDO EL CONSTRUCTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Durante años, el término de inteligencia se ha relacionado con el éxito en la vida. Este constructo se evaluaba teniendo en cuenta exclusivamente las capacidades cognitivas e intelectuales de una persona que se pudiesen medir con instrumentos estandarizados (Flores et al., 2019), como pueden ser: el nivel de razonamiento, la resolución de problemas o la lógica, mediante el valor del coeficiente intelectual.

Diversos autores son los que han intentado definir y medir la inteligencia, contribuyendo al desarrollo y operacionalización del término: Thurstone (1938) con su propuesta de que la inteligencia estaba constituida por 7 elementos básicos (compresión, verbal, fluidez verbal, fluidez numérica, capacidad espacial, habilidad perceptiva y razonamiento), Galton (1885) con su teoría de la inteligencia general, Stemberg (1985) con la teoría triárquica de la inteligencia, Wechsler (1939), que introdujo el término de coeficiente intelectual, Binet (1910) centrando su empeño en la evolución intelectual durante la niñez, Gardner (1983), entre otros. La mayoría de estos autores consideraban la inteligencia como la capacidad de adaptación y el aprendizaje desde la experiencia (Mejía, 2012). No obstante, son diversos los autores que discrepan con la idea de que el término de inteligencia prediga el éxito en la vida (Goleman, 1995), ya que en el día a día, a lo largo de la vida son importantes otros dominios relacionados con la gestión emocional, empatía, etc., como puede ser en el ámbito laboral o personal (de la Villa Moral y Ganzo, 2018).

Por otro lado, Guilford (1971) incorpora en su modelo de inteligencia el pensamiento divergente, la creatividad y el juicio social. En esta línea, también destaca Thordinke (1920) que entendía la inteligencia social como la habilidad y compresión de las relaciones con otras personas con el fin de establecer relaciones sociales adaptativas.

Fue Gardner (1983) quién señaló la existencia de múltiples inteligencias en su teoría y supuso una base en el desarrollo del concepto de inteligencia emocional (IE) (Mejía, 2012). En este sentido, la teoría de Gardner, defendió la idea de la existencia de múltiples inteligencias, en concreto ocho tipos diferentes de inteligencias: la inteligencia matemática, la inteligencia lingüística, la inteligencia espacial, la inteligencia musical, la inteligencia espacial, la inteligencia intrapersonal y la inteligencia interpersonal, en contraposición del resto de autores mencionados anteriormente. Gardner (1983) definió la inteligencia interpersonal como una capacidad de comprensión hacia los demás, esto es, de responder y diferenciar los

distintos estados de ánimo y deseos de los demás. Así como la inteligencia intrapersonal, que fue definida como aquella que nos proporciona una imagen precisa de nosotros mismos y la capacidad de utilizarla para guiar nuestra conducta y vivir de un modo eficaz (Goleman, 1995).

El término de inteligencia emocional surgió años después, fue en la década de los noventa (Mejía, 2012) con las aportaciones de Mayer y Salovey (1990), y supuso un punto de inflexión a la hora de definir la inteligencia, ésta permite la adaptación a nuevas situaciones (García-Fernández y Giménez-Mas, 2010) existen diversos autores destacados en el estudio de este tipo de inteligencia. El interés en el ámbito científico sobre la inteligencia emocional como competencia fundamental en el éxito social, profesional y personal de las personas en cualquier etapa de su vida es cada día mayor (Flores et al., 2019; Goleman, 1995).

Conceptualmente, existen dos modelos que definen la inteligencia emocional (Fernández y Extremera, 2005b), se trata de los "modelos mixtos" y los "modelos de habilidad". En los primeros se incluyen "el modelo de Goleman (1995)" y "el modelo de Bar-On (1997)". Estos modelos tienen en cuenta diversos rasgos de personalidad como la motivación, la ansiedad o la asertividad. Por su parte, Goleman crea el término de coeficiente emocional, que se complementa con el coeficiente intelectual y establece una serie de habilidades que es pueden potenciar siendo estas la facilitación del pensamiento, la compresión, dirección y percepción emocional, así como la regulación reflexiva de las emociones.

En segundo lugar, nos encontramos con los modelos de habilidad. El más reconocido es el modelo de Mayer y Salovey (1997) que defienden la presencia de diversas habilidades cognitivas que nos permiten percibir, evaluar, expresar, gestionar y autorregular las emocionas para alcanzar el bienestar teniendo en cuenta nuestros valores éticos (García-Fernández y Giménez-Mas, 2010). El "modelo de habilidad" desarrollado por Mayer y Salovey (1997) señala que la inteligencia emocional se conforma de cuatro habilidades, estas son: la habilidad de percepción, valoración y expresión de emociones de manera precisa, esto es, para identificar y reconocer lo que sentimos y cómo se sienten los demás (Fernández y Extremera, 2005a). Por otro lado, encontramos la habilidad para crear sentimientos facilitadores del pensamiento, la habilidad para el conocimiento de emociones y la comprensión emocional y, por último, la habilidad de regulación emocional que facilita el crecimiento intelectual y emocional.

En resumen, la inteligencia emocional fue explicada por los autores Mayer y Salovey (1997) como la capacidad de percibir las emociones de los demás y expresar las emociones propias de forma correcta, esta capacidad también incluye la comprensión emocional y la facilitación del pensamiento a través del manejo de emociones. De este modo, según los autores, aquellas personas que han desarrollado habilidades relacionadas con la inteligencia emocional tienen una mayor facilidad para entender y expresar sus propias emociones, así como de regular su estado emocional e impulsar conductas y pensamientos más adaptativos. Los modelos de habilidad aportan una visión de un tipo de inteligencia que promueve el uso adaptativo de emociones y su influencia sobre nuestro pensamiento (ver tabla 7).

Tabla 7.

Principales modelos de Inteligencia Emocional

Modelos Mixtos		Modelos de Habilidad
"Modelo de competencias emocionales, Goleman (1995)"	"Modelo de la inteligencia emocional social, Bar-On (1997)"	"Modelo de habilidad, Mayer y Salovey (1997)"
5competencias emocionales: - Aptitudes básicas personales: • Autoconocimiento. • Autorregulación. • Motivación. - Aptitudes básicas sociales: • Empatía.	5 componentes básicos: Componente intrapersonal. • Componente interpersonal. • Componente de manejo del estrés. • Componente del estado de ánimo general. • Componente de adaptabilidad.	4 habilidades básicas: • Habilidad para percibir y valorar emociones con precisión. • Habilidad para generar sentimientos facilitadores del pensamiento. • Habilidad para comprender y conocer las emociones. • Habilidad de regulación emocional favoreciendo el crecimiento intelectual.

- HHSS.

Otros autores que han abogado por el modelo de habilidades son Fernández-Berrocal et al. (2004) con el desarrollo de un instrumento de medida de este constructo en población española.

Asimismo, se encuentran los "modelos mixtos" sobre IE. Los autores más destacados en el avance de esta concepción de la Inteligencia emocional son Goleman (1995) y Bar-On (1997). Estos autores proponen un concepto de inteligencia emocional constituido por competencias de índole socio-emocional, rasgos de la personalidad estables, habilidades cognitivas y automotivación. Ha tenido una gran repercusión sobre todo en el ámbito empresarial (Fernández y Extremera, 2005). Por su parte, Bar-On (1997) distingue cinco factores principales (intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo de estrés y estado de ánimo general). El autor desarrolla un inventario donde se recogen 133 ítems que miden estos cinco factores a través de 15 subcomponentes. El modelo de Goleman (1995), se compone de cinco aptitudes básicas de la IE, estas a su vez se dividen en aptitudes básicas personales (autoconocimiento, autorregulación, motivación) y aptitudes básicas sociales (empatía y HHSS).

3.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

En cuanto a la evaluación de la inteligencia emocional, Mayer et al. (2016) afirman que su medida sigue en desarrollo y la estructura factorial está sin determinar. Para su evaluación existen tres tipos de instrumentos.

En primer lugar, los instrumentos de autoinforme, en segundo lugar, los test de ejecución y en tercer lugar los informes de observación externa (Fernández y Extremera, 2005b; Mejía, 2012). Algunos de ellos contemplan la inteligencia emocional como habilidad y otros como rasgo (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2018). A continuación, describiremos los principales:

Las medidas de autoinforme son las más utilizadas y las primeras que se desarrollaron entre ellas destaca el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) compuesta por 48 ítems (Salovey et al., 1995). Años más tarde, se creó su versión adaptada a población española, la escala TMMS-

24, se trata de una versión reducida desarrollada por Fernández- Berrocal et al. (2004) apta para población general desde los 18 a los 57 años (Sánchez-Terual y Robles-Bello, 2018). El TMMS-24, esta escala se basa en el "modelo de tres factores" consta de 24 ítems, es decir, cada uno de sus tres factores cuenta con 8 ítems. Esta escala es utilizada en el ámbito educativo en población española y latina (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005). Además, ha sido validada en otras poblaciones como en la de adultos mayores (Delhom, 2019) y población clínica (Trujillo et al., 2005). Las tres dimensiones que recoge el cuestionario son las siguientes: atención, reparación emocional y claridad. La dimensión de atención, hace referencia al nivel de atención sobre nuestros propios sentimientos y emociones. A su vez, la reparación emocional, se refiere a la capacidad para gestionar y controlar nuestras emociones, tanto positivas como negativas, esto es, la habilidad para interrumpir los estados emocionales negativos y alargar aquellos estados emocionalmente positivos. La tercera y última dimensión que recoge el TMMS-24 es la claridad, que permite evaluar el modo en el que se perciben las emociones en uno mismo (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2018). Una puntuación alta en claridad indica una mayor compresión de las emociones experimentadas, el conocimiento de cómo se originan y qué las provoca. Las personas que obtienen una puntuación alta en atención emocional, son personas que poseen un funcionamiento intrapersonal adecuado, que a su vez actúa como protector ante diversas situaciones de riesgo, además las relaciones con los demás y con uno mismo. Se ha visto que esta dimensión está estrechamente relacionada con la capacidad de resiliencia, ya que facilita la actuación ante situaciones difíciles y ayuda a salir fortalecido de dichas situaciones (Delhom, et al., 2018, 2020). Sin embargo, niveles muy elevados de atención emocional pueden ser contraproducentes, si ésta desencadena rumiaciones que intensifiquen y mantengan las emociones desadaptativas que se experimentan (Delhom et al., 2020), esto se produce sobre todo cuando la atención excesiva de los estados emocionales no se acompaña de una buena capacidad de comprensión emocional. Por último, las personas que obtengan una puntuación elevada en reparación emocional tendrán una gran capacidad para manejar sus estados emocionales, esto es, un adecuado manejo emocional (Fernández- Berrocal et al., 2004).

Otra escala ampliamente utilizada es la Schutte Scale IE (Schutte et al., 1998) conocida como Schutte Self Report Inventory (SSRI), que fue validada y adaptada a población española por Chico (1999), dicha ha sido elaborada para población de entre 17 a 25 años. Consta de 33 ítems y se basa en cuatro componentes diferentes: la percepción emocional, el automanejo

emocional, el manejo emocional de los demás y el uso de emociones (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2018).

Por otro lado, encontramos las medidas de ejecución o competencia, dentro de esta categoría nos encontramos con la medida MEIS (Mayer et al., 1999), esta escala constaba de 402 ítems y presentaba diversas limitaciones, por lo que decidieron desarrollar otra escala más breve (Mejías, 20l2). Esta nueva medida sería el Mayer- Salovey -Caaruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) de Mayer et al. (2002), adaptada al castellano por Extremera y Fernández-Berrocal (2002), esta versión se conoce como IMSCEIT (Mejías, 2012; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2018). Se trata de un instrumento de medida de la IE que consta de 141 ítems y que consta de 4 factores (percepción emocional, facilitación del pensamiento mediante la emoción, compresión emocional y manejo de emocional) medidos a través de tareas concretas. Está diseñado para población de 16 a 58 años (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2018).

Por otra parte, encontramos el EQ-i desarrollado por Bar-On (1997) formada por 133 ítems y compuesta por cinco factores (Intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, gestión del estrés y estado de ánimo general), que desarrollaremos posteriormente (Mejía, 2012; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2018). Existen diferentes versiones del cuestionario EQ-i, variando su extensión y la población a la que va dirigida.

Otro cuestionario, que evalúan inteligencia emocional mediante autoinforme es el ECI (Emotional Compotente Inventory) desarrollado por Goleman (1995) para la evaluación de la IE en el ámbito directivo y organizacional, puesto que está diseñado para población trabajadora, las edades para a las que va dirigido se comprenden entre los 18 a los 57 años. Consta de dos partes una de autoinforme y otra realizada por un valorador externo (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2018).

Encontramos asimismo el Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue) desarrollado por Petrides y Furnham (2003), que se compone de 144 ítems y consta de 15 subescalas diferentes: expresión emocional, empatía, automotivación, autocontrol, felicidad, satisfacción vital, competencia social, estilo reflexivo, percepción emocional, autoestima, asertividad, dirección emocinal de otros, optimismo, habilidades mantenedoras de relaciones, adaptabilidad y tolerancia al estrés. Este cuestionario está diseñado para la población de 18 a 29 años de edad.

Por último, encontramos el Emotional Regulation Questionnaire (ERQ) de Gross y John (2003), que fue adaptado a población española por Cabello et al. (2009) destinado para población entre los 18 a los 70 años de edad, se trata de un cuestionario breve que está formado por 10 ítems y 2 dimensiones, la supresión de emociones y la reevaluación cognitiva. Este cuestionario evalúa más bien el aspecto de regulación emocional (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2018)

Es importante indicar que la mayoría de estas pruebas se han utilizado en población escolar y en el ámbito de empresas con adultos (Mejía, 2012), pero pese a la gran variedad de instrumentos de medida de IE que se han desarrollado a lo largo de la literatura (Aguayo-Muela y Aguilar-Luzón, 2017), es importante señalar los pocos instrumentos de evaluación de inteligencia emocional que existen para la evaluación de este constructo en personas mayores, entre ellos podemos destacar el TMMS-24 y el Inventario de inteligencia emocional reducido para mayores (EQ-i-20M) cuya baremación y validación a población española fue desarrollado por Pérez-Fuentes et al. (2014), se trata de un cuestionario breve de autoinforme derivado del cuestionario Emotional Intelligence inventory: Young Version (EQ-I:YV)(Bar-On y Parker, 2000), consta de 20 ítems con cuatro opciones distintas de respuesta, y que engloba 5 factores diferentes: Intrapersonal, interpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo, al igual que la versión original. La escala EQ-I-20M es la que hemos utilizado en nuestro estudio, y se desarrolla más ampliamente en el apartado de instrumentos.

Véase la Tabla 8*,* donde se recogen los diferentes cuestionarios desarrollados y adaptados a población española que evalúan inteligencia emocional.

Tabla 8.

Principales escalas de medida de IE para personas mayores en población española

Escalas I.E.	Autores	Ítems
TMMS-24 para mayores	Delhom, 2019	24
EQ-i-M20	Pérez-Fuentes et al. 2014	20
EQR	Cabello et al. 2009	10

Por tanto, en nuestro estudio vamos a tener en cuenta las siguientes dimensiones de la inteligencia emocional basándonos en el modelo de Bar-On (1997): la inteligencia interpersonal, la inteligencia intrapersonal, la adaptabilidad, el manejo del estrés y el estado de ánimo (Quinto-Medrano y Roig-Vila, 2015; Mejía, 2012).

En primer lugar, la inteligencia interpersonal hace referencia a la capacidad de construir y establecer relaciones con los demás satisfactorias, así como la habilidad de comprensión de las diversas emociones de los demás, incluye la empatía, la responsabilidad social y las relaciones interpersonales (Mejía, 2012), esto es, son aquellas habilidades que permiten una sociabilización adecuada.

En segundo lugar, la inteligencia intrapersonal se basa en la habilidad para comprender y expresar nuestras propias emociones, engloba el autoconcepto, la autoestima y la autoconciencia e independencia emocional y el asertividad, es decir, hace referencia habilidades emocionales propias del individuo (Chamarro y Oberst, 2004), evaluando su autoidentificación general (Mejía, 2012).

En tercer lugar, el manejo del estrés que es entendido como la habilidad de gestionar y controlar nuestras emociones para hacer frente a sucesos estresantes. En cuarto lugar, la adaptabilidad que hace referencia a la capacidad de flexibilidad, resolución de problemas y gestionar cambios, así como de evaluación de la realidad y ajuste ante las nuevas situaciones (Buenrostro-Guerrero et al., 2012; Chamarro y Oberst, 2004; Mejía, 2012; Pérez-Fuentes et al., 2018; Quinto-Medrano y Roig-Vila, 2015). Siguiendo en esta línea, se ha asociado a una expresión emocional adecuada, esto es, a mayor capacidad de adaptabilidad mayor capacidad a la hora de describir y expresar los propios sentimientos y emociones (Bermúdez et al., 2017). En cuarto lugar, la habilidad de manejo o gestión del estrés engloba cualidades como el control de impulsos y el control de situaciones estresantes o demandantes (Mejía, 2012). Por último, el quinto factor, el estado de ánimo general, que hace referencia al optimismo y la felicidad (Chamarro y Oberst, 2004; Mejía, 2012).

3.3. INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PROBLEMAS DE RELACIONES ENTRE IGUALES

Los problemas de convivencia, tales como el acoso entre iguales, suponen un gran problema social que pueden relacionarse con la inadecuada gestión emocional (Leboeuf et al., 2022; Peña-Casares y Aguaded-Ramírez, 2021).

Un buen reconocimiento de emociones está asociado a unas relaciones interpersonales adecuadas y a una mejor gestión de los conflictos (Veloz y Vega, 2023). Si bien es cierto que no existen estudios que relacionen el impacto de la inteligencia emocional entre personas mayores involucrados en episodios de bullying (García -Munera et al.,2024; Monjas, 2021), en contextos escolares y universitarios la investigación es notable (Díaz- López, 2019; Estévez y Gómez-Medina, 2018; García-Sancho et al., 2014; Imuta et al., 2022; Méndez et al, 2019; Peña- Casares y Aguaded-Ramírez, 2021, Rueda et al., 2021) y corrobora la estrecha relación existente entre un clima convivencia adecuado y el desarrollo de la inteligencia emocional (Díaz- López et al., 2019; Estévez y Gómez-Medina, 2018; Rueda et al., 2021).

En una revisión sistemática realizada por García-Sancho et al. (2014) sobre IE y agresión encontraron que una inteligencia emocional alta se asociaba a un menor número de conductas agresivas, tanto en la infancia, la adolescencia como en la etapa adulta; esto era extrapolable a todos los entornos culturales, y no se vieron condicionados por el tipo de agresión ni por la forma de conceptualización de la IE, esto es, independientemente de considerar la IE como un rasgo o una habilidad. En esta misma línea, otra revisión de la literatura realizada por Rueda et al. (2021) encontraron que las puntuaciones en inteligencia emocional eran mayores en aquellos sujetos que no estaban implicados en distintas conductas de acoso. En cambio, aquellos individuos que se estaban implicados en conductas de bullying, independientemente de adoptar el rol de agresor o víctima, obtenían puntuaciones más bajas en inteligencia emocional. Además, en dicho estudio se observó que los roles implicados en conductas de bullying tenían dificultades sobre todo en la compresión y regulación emocional, no tanto en la expresión y percepción de emociones.

Cabe señalar otro estudio que fue llevado a cabo por Cañas et al. (2020) recientemente con estudiantes de secundaria encontraron que las víctimas y agresores de bullying obtenían puntuaciones más bajas que el resto en claridad emocional y regulación emocional. En

definitiva, encontraron, en línea con las anteriores investigaciones, que aquellos perfiles involucrados en conductas de acoso, ya fuesen bullying tradicional o cibernético, tenían un peor funcionamiento emocional que aquellos que no estaban involucrados en esta problemática.

En este aspecto, una investigación realizada por Méndez et al. (2019a) indicó que una puntuación elevada en los distintos componentes o dimensiones de la inteligencia emocional de Adaptabilidad, Interpersonal y Manejo del estrés estaba relacionada con una mayor probabilidad de acoso escolar en jóvenes de 12 a 16 años.

El estudio llevado a cabo por Peña-Casares y Aguaded- Ramírez (2021) observaron que tanto las víctimas como los acosadores poseían bajos niveles de IE, esto va en línea con los resultados que encontraron Estévez y Gómez-Medina (2018), que indicaron que, tanto las víctimas como los agresores obtenían bajas puntuaciones en inteligencia emocional. Por su parte, las víctimas tenían serias dificultades a la hora relacionarse con el resto de iguales, así como en gestión y expresión emocional, teniendo dificultad para pedir ayuda. Por otro lado, los acosadores mostraron déficit en manejo emocional y compresión de emociones tanto propias como de los demás. Otro dato interesante que se desprende de este estudio es que los observadores, obtuvieron puntuaciones normales en IE, la mayoría evaluaba la situación de abuso como negativa, pero no sabían cómo actuar. En esta línea, se ha visto que el déficit en habilidades como la empatía, se ha considerado como un factor de riesgo en la implicación activa de bullying (Garaigordobil y Oñaderra, 2010; Imuta et al., 2022).

Otro estudio desarrollado por Rey et al. (2018) sobre la cibervictimización y el papel moderador de la inteligencia emocional y el género en adolescentes encontraron que una baja inteligencia emocional se asociaba con la cibervictimización en ambos géneros, siendo mayor en el género femenino. Así como una peor regulación emocional se asoció con mayor cibervictimización.

Son muchos los autores que destacan la necesidad de implantar programas que permitan la educación emocional como intervención clave contra el acoso entre iguales (Estévez y Gómez-Medina, 2018; Gutiérrez, 2019; Imuta et al., 2022; Peña-Casares y Aguaded-Ramírez, 2021) así como para su prevención (Carbonell et al., 2014).

3.4. ENVEJECIMIENTO E INTELIGENCIA EMOCIONAL

En el área del envejecimiento existe poca investigación sobre el tema, sin embargo, Cabello et al. (2016) indican que la inteligencia emocional puede variar a medida que avanza la edad, aunque existe una gran controversia sobre si dicha capacidad aumenta o disminuye con el paso de los años. En un estudio más reciente, se observó que la edad y la inteligencia emocional tenían una relación de U invertida, de modo, que los adultos de mediana edad experimentaban una mayor inteligencia emocional que la población joven y la población de adultos mayores (Meléndez et al., 2019a). Lo que es evidente es que la inteligencia emocional es crucial y está presente en todas las etapas de nuestra vida, siendo muy importante durante la vejez (Flores et al., 2019). De hecho, diversos autores ya han dado una gran importancia al estudio de las emociones con el objetivo de mejorar la calidad de vida en la tercera edad (Pérez-Fuentes et al., 2012).

La inteligencia emocional desempeña una función relevante sobre la salud mental, siendo un factor predictor de variables como el afrontamiento (Delhom et al., 2018), la salud, el bienestar psicológico (Lloyd et al., 2012; Pérez-Fuentes et., 2018), la satisfacción con la vida (Gutiérrez et al., 2017) y la capacidad de resiliencia, actuando de este modo como facilitador de la capacidad de una persona para adaptarse a situaciones estresantes o desadaptativas (Meléndez et al., 2019a), y, en este sentido, evaluando las situaciones de estrés como un desafío en lugar de como una amenaza (Delhom et al., 2020).

Pese a que son pocos los estudios que relacionan los constructos de la calidad de vida y de la inteligencia emocional durante la vejez, y menos aún en mayores institucionalizados (Luque-Reca, 2015), se ha visto que la inteligencia emocional es una competencia que mejora la calidad de vida de los mayores, los estudios que se han realizado en este sector poblacional han supuesto una mejora en el manejo y conocimiento de las emociones (Flores et al., 2019; Luque-Reca et al., 2015). Un estudio desarrollado por Santas et al. (2015) refleja que la capacidad para percibir e identificar las emociones propias y del resto se relaciona con un buen funcionamiento interpersonal, esto es, mejora la capacidad de escucha activa y comprensión de los sentimientos ajenos, optimizando las relaciones que se establecen a nivel familiar o con el grupo de iguales, por otro lado, también mejora la capacidad de resolución de problemas cotidianos (Flores et al., 2019), así como actúa como factor protector de sintomatología depresiva (Lloyd et al., 2012). En esta línea, se ha puesto de manifiesto que la

capacidad de autopercepción e identificación de emociones facilita la confianza en personas cercanas. La comprensión emocional en mayores se ha asociado a un mayor bienestar psicológico, un mejor funcionamiento ocupacional y plenitud espiritual (Santas et al., 2015). En los últimos años, la inteligencia emocional se ha asociado a mejores índices de salud y bienestar (Kong et al., 2019; Sánchez-Álvarez et al., 2016). El estudio llevado a cabo por Luque-Reca et al. (2015) indicaba que la facilitación emocional, facilitadora de la creatividad, toma de decisiones y resolución de problemas está estrechamente relacionada con la calidad de vida de la población de adultos mayores, así como que aquellos adultos que cuentan con una mayor comprensión emocional propia y hacia los demás tenían una mayor vitalidad, mayores habilidades sociales para relacionarse con los demás de un modo efectivos, lo que les permitía tener mejores redes de apoyo social y mejoraba las interacciones con el personal del centro (Ciarrochi y Deane, 2001). Por tanto, existe evidencia significativa de que la facilitación y comprensión de emociones desempeña un papel crucial en la calidad de vida y salud de personas mayores institucionalizadas, además de tener un impacto positivo en cuanto a las relaciones interpersonales y participación en actividades ocupacionales, de ocio y grupales (Van Malderen et al., 2013). Así mismo, se ha visto que el apoyo social es un amortiguador de las consecuencias negativas del maltrato y se relaciona con la capacidad de resiliencia (Yang y Salari, 2024).

En resumen, la educación emocional fomenta el envejecimiento activo, ya que favorece la calidad de vida de las personas mayores, así como sus relaciones interpersonales (Bisquerra, 2016). Asimismo, Etxebarria et al. (2018) destacan que la capacidad psicoafectiva y la salud están estrechamente relacionados con el comportamiento social que adopta una persona. Por otra parte, Flores et al. (2019) señala la importancia de fomentar la inteligencia emocional en personas mayores mediante la educación emocional facilitando el conocimiento y la expresión de sus emociones, así como la de los demás. Por tanto, la gestión y expresión emocional adecuada facilitan la adaptación al entorno (Etxebarria et al., 2018), una mayor calidad de vida y el establecimiento de unas relaciones sociales más satisfactorias (Luque-Reca, 2015; Van Malderen et al., 2013).

CAPÍTULO 4. CALIDAD DE VIDA

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es un concepto multidimensional que abarca diversos aspectos del bienestar humano, incluyendo la salud física, mental y emocional, las relaciones sociales, la satisfacción personal y la percepción subjetiva de felicidad. Este término ha ganado prominencia en los últimos años, no solo en el ámbito académico, sino también en políticas públicas y en el desarrollo de programas de salud y bienestar. La calidad de vida se ha convertido en un indicador crucial para evaluar el progreso social y económico, así como para orientar intervenciones destinadas a mejorar el bienestar de las poblaciones.

El concepto de calidad de vida es intrínsecamente subjetivo, ya que se basa en la percepción individual de bienestar y satisfacción. Sin embargo, también se puede medir objetivamente a través de diversos indicadores de salud, ingresos, nivel educativo, condiciones de vivienda, entre otros.

La evaluación de la calidad de vida se realiza mediante una variedad de instrumentos y métodos. Entre los más utilizados se encuentran el Índice de Desarrollo Humano (IDH) elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que considera indicadores de salud, educación e ingresos; y el Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL), que evalúa la percepción del individuo en diferentes dominios como la salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

En el contexto del envejecimiento, la calidad de vida adquiere una importancia aún mayor debido a los cambios y desafíos que enfrentan las personas mayores. El envejecimiento de la población es un fenómeno global que ha llevado a un aumento en la proporción de personas mayores en muchas sociedades. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se estima que para 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá 65 años o más, lo que plantea importantes desafíos para los sistemas de salud, económicos y sociales.

La calidad de vida en las personas mayores está influenciada por una serie de factores que incluyen la salud física y mental, el nivel de actividad y participación social, la situación económica y el entorno en el que viven. La salud física es un componente crítico, ya que

muchas personas mayores enfrentan enfermedades crónicas y discapacidades que pueden afectar significativamente su bienestar. Enfermedades como la diabetes, la hipertensión, la artritis y la demencia son comunes en esta población y requieren un manejo adecuado para minimizar su impacto en la calidad de vida.

La salud mental también es crucial para la calidad de vida de los mayores. La depresión y la ansiedad son problemas prevalentes en esta etapa de la vida y pueden estar asociados con la soledad, la pérdida de seres queridos y el declive físico. La detección temprana y el tratamiento adecuado de estos trastornos son esenciales para mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida. Además, el apoyo social y la participación en actividades comunitarias y recreativas pueden tener un impacto positivo significativo en la salud mental de las personas mayores.

La situación económica es otro factor determinante de la calidad de vida en la vejez. Los ingresos insuficientes pueden limitar el acceso a servicios de salud, una nutrición adecuada y oportunidades para la participación social. Muchos mayores dependen de pensiones y otros beneficios sociales, los cuales varían considerablemente entre países y sistemas de seguridad social. La inseguridad económica puede aumentar el estrés y la ansiedad, afectando negativamente la calidad de vida.

El entorno físico y social en el que viven las personas mayores también juega un papel fundamental en su bienestar. Las viviendas accesibles y seguras, así como los entornos comunitarios que fomentan la movilidad y la interacción social, son esenciales para apoyar la independencia y la calidad de vida. Las ciudades y comunidades amigables con las personas mayores, que ofrecen infraestructura adecuada y servicios de apoyo, pueden facilitar una vida activa y saludable en la vejez.

La percepción subjetiva de calidad de vida en las personas mayores también depende de factores psicológicos y emocionales. La autoeficacia, o la creencia en la capacidad de uno mismo para manejar las situaciones y desafíos de la vida, es un predictor importante del bienestar. Además, la resiliencia, que es la capacidad de adaptarse y recuperarse de las adversidades, juega un papel crucial en cómo las personas mayores enfrentan los cambios y las pérdidas asociadas con el envejecimiento.

Las intervenciones diseñadas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores deben adoptar un enfoque integral que considere todos estos factores. Programas de promoción de la salud que incluyan ejercicio físico, nutrición adecuada y actividades sociales pueden contribuir significativamente al bienestar. Además, es crucial fomentar un entorno social y físico que apoye la independencia y la participación activa de las personas mayores.

La atención geriátrica y los servicios de apoyo también son esenciales para abordar las necesidades de salud específicas de esta población. Los cuidados paliativos y los servicios de atención domiciliaria pueden mejorar la calidad de vida de las personas mayores con enfermedades crónicas o terminales, proporcionando alivio del dolor y apoyo emocional. Además, los programas de educación y apoyo para cuidadores son cruciales para mejorar la capacidad de las familias y comunidades para cuidar de sus miembros mayores.

La calidad de vida en la vejez no solo es un reflejo del bienestar individual, sino también un indicador del desarrollo y la cohesión social de una sociedad. Las políticas públicas deben enfocarse en crear entornos inclusivos y sostenibles que promuevan el bienestar a lo largo de toda la vida. Esto incluye la implementación de políticas de salud y bienestar, la provisión de servicios sociales adecuados y el fomento de una cultura de respeto y valorización de las personas mayores.

En conclusión, la calidad de vida es un concepto complejo y multifacético que abarca una variedad de dimensiones del bienestar humano. En el contexto del envejecimiento, la calidad de vida adquiere una relevancia particular debido a los cambios y desafíos que enfrentan las personas mayores. La salud física y mental, la situación económica, el entorno social y físico, y la percepción subjetiva de bienestar son factores interrelacionados que influyen en la calidad de vida en la vejez. Abordar estos factores mediante intervenciones integrales y políticas públicas inclusivas es esencial para mejorar el bienestar de las personas mayores y promover una sociedad más equitativa y cohesiva.

4.1. DEFINIENDO EL CONSTRUCTO DE CALIDAD DE VIDA

No existe un consenso a la hora de definir la calidad de vida, la complejidad a la hora de definir este constructo ha dado lugar a diferentes formas de conceptualizarlo (Martínez et al., 2014; Noriega et al., 2017; Rodríguez-Martínez et al., 2023), por un lado, como un término nomotético que se define considerando el estado de salud y el nivel económico y, por otro lado, como un constructo ideográfico en el que la persona implanta sus propios criterios (Fernández-Ballesteros, 1997).

Lo cierto es que se trata de un término complejo, abstracto y multidimensional, pudiéndose considerar desde una perspectiva holística o de forma específica atendiendo a alguno de sus dominios (Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2018). Asimismo, consta de otras dos dimensiones, objetiva y subjetiva (Botero de Mejía y Pico, 2007; Noriega et al., 2017; Rodríguez-Martínez, 2023). La calidad de vida se relaciona con factores sociales, culturales, económicos y con los principios del individuo (Varela, 2016).

A menudo este constructo ha sido utilizado para referirse a otros conceptos como bienestar, salud o satisfacción con la vida (Urzúa y Caqueo-Urízar, 2012). La OMS (WHOQOL Group, 1995) define la calidad de vida se define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes." De esta definición se desprende un enfoque subjetivo que recoge aspectos tanto positivos como negativos, sujetos al contexto socio-cultural (Parra, 2017).

Otra de las definiciones más ampliamente aceptadas es la de Cummins et al. (1998) que la conceptualizó como "un constructo universal definido tanto objetiva como subjetivamente, donde los dominios objetivos incluirían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo, y los dominios subjetivos englobarían la satisfacción con diversas dimensiones ponderadas según la importancia para cada individuo."

Otra definición es la propuesta por García y Froment (2018) que definen la calidad de vida como "el modo en el que los individuos perciben su situación en la sociedad en base a sus objetivos, intereses, estilos de vida y expectativas."

De estos problemas conceptuales se desencadenan una serie de complicaciones a la hora de operacionalizar y medir el constructo (Hernández et al., 2011; Molero et al., 2012). Debido

al componente subjetivo que la conforma, la calidad de vida no es fácil de medir, ya que debe estudiarse en función del contexto (Molero et al., 2012). Por tanto, es fundamental el desarrollo de instrumentos que tengan en cuenta la diversidad de dimensiones que posee el término de calidad de vida y atiendan a las características del contexto de la población que se desea evaluar.

En el estudio llevado a cabo por Fernández-Mayoralas et al. (2011) se mostraron once dominios o indicadores sociales que definen la calidad de vida en la población mayor de 65 años en España, estos son: salud, situación laboral, familia, recursos económicos, apoyo social, religión/espiritualidad, independencia, entorno residencial, estado emocional, actitudes/ valores y ocio. En este trabajo se tomarán seis dimensiones de calidad de vida en mayores: salud, relaciones sociales y familia, actividad y ocio, calidad ambiental, capacidad funcional y satisfacción con la vida siguiendo el modelo propuesto por Molero et al. (2012) con el objetivo de crear un instrumento que permitiese evaluar de forma correcta la calidad de vida en personas mayores institucionalizadas. Siguiendo esta última conceptualización multidimensional del constructo definiremos a continuación cada una de las dimensiones con las que vamos a trabajar.

La primera de las dimensiones que constituyen la calidad de vida es la salud. Ésta constituye una de las mayores preocupaciones entre la población de la tercera edad y ha sido considerada como una dimensión primordial en la definición de calidad de vida. Este constructo fue definido en 1947 (OMS) como un estado de bienestar a nivel físico, psicológico o mental y social, considerando que no solo se refería a la ausencia de enfermedad. Este constructo tiene una gran importancia sobre todo durante la vejez, tanto es así que Shumaker y Naughtozn (1995) propusieron el término de calidad de vida relacionada con la salud para referirse a la valoración subjetiva de la salud y la capacidad funcional a nivel físico, social y mental para conseguir los propósitos vitales. Dada la subjetividad de este término y su solapamiento con otros constructos Fernández-Ballesteros (2011) determina que la calidad de vida relacionada con la salud hace referencia a la percepción que tiene una persona sobre su estado de salud físico y psicológico. Según el Informe C (Oficina C, 2023), la salud está muy relacionada con el bienestar psicológico, ya que este se asocia con un mayor optimismo y resiliencia.

Son numerosos los estudios que ponen de manifiesto que, durante el envejecimiento, la salud se relaciona con la capacidad de autonomía e independencia (Noriega et al., 2017). Tener una salud óptima es fundamental para el bienestar general. Por el contrario, presentar una salud

deteriorada se relaciona con innumerables limitaciones físicas, psíquicas y sociales. Las encuestas realizadas sobre el estado de salud muestran que la valoración subjetiva del estado de salud empeora con la edad (Araya-Marín et al., 2018). Además de la edad y el deterioro experimentado durante la vejez, la salud percibida se relaciona con otros muchos factores como la soledad, la viudez, el género y el estatus socio-económico (Gonzalo y Pasarín, 2004). El estudio llevado a cabo por Ortega et al. (2023) determinó que la salud percibida estaba estrechamente relacionada con un apoyo familiar adecuado, así como una buena relación entre sus miembros.

En segundo lugar, nos encontramos con las relaciones sociales y familiares, también denominado apoyo social (González et al., 2020). Esta dimensión se ha establecido como un importante mediador de la salud y al bienestar, tanto físico como psicológico, influyendo en ella positivamente, y que proporciona a la persona una manera de encontrar apoyo, de expresar sentimientos, buscar información y comparar su situación. Fernández- Ballesteros y Maciá (1993) lo definieron como un sistema interpersonal en el que se prestan diferentes tipos atención y soporte como por ejemplo emocional o instrumental derivado de un entramado social determinado. La red de apoyo le da sentido a la vida de una persona mejorando su autoestima y la percepción de valor social, siendo un factor de gran impacto sobre la calidad de vida durante la vejez, además disminuye la percepción de aislamiento o soledad no deseada (De la Villa, 2017; Oficina C, 2023), mantener una adecuada red social favorece la salud mental y física (Sepe, 2015). Sin embargo, la soledad acorta la esperanza de vida, disminuye la felicidad y merma la salud (Oficina C, 2023). En esta línea, diversos estudios han puesto de manifiesto la importancia del apoyo social de personas significativas, a la hora de enfrentarse a situaciones de acoso entre pares, amortiguando el impacto negativo que este fenómeno tiene en la salud de la víctima (Rex-Lear, 2011).

Algunos estudios muestran que las personas perciben de forma más frecuente emociones positivas y sentimientos de felicidad cuando se relacionan con otros (Pavot et al., 1990). Otros, señalan que una mayor sociabilidad se relaciona con un mejor estado del sistema inmune y cardiovascular (Figueroa et al., 2016; Uchino et al., 1996).

En cuanto a la dimensión de actividad y ocio, Cuenca (2000) define el ocio como una vivencia completa de la persona y un derecho básico, que se basa en llevar a cabo actividades satisfactorias, autotélicas y que pueden ser de carácter individual o grupal. El ocio permite a la persona desarrollarse y como derecho debería facilitarse y garantizarse. El ocio se divide

en cuatro dimensiones diferentes: conductual, cognitiva, motivacional y cultural. La dimensión conductual analiza la preferencia de actividades, es importante analizar el estilo de comportamiento, en este caso de la población mayor. La cognitiva se centra en el análisis de preferencias y evaluación de opiniones de una persona respecto una determinada actividad. La dimensión motivacional del constructo organiza la acción y la cognición e incluye las emociones que la actividad desencadena. Y por último la dimensión cultural analiza la actividad en base a la cultura y la sociedad, ya que se trata de un acto social. En esta misma línea, diversas investigaciones han puesto de manifiesto que una mayor ocupación y un alto nivel educativo durante la vida activa se relaciona con una mejor calidad de vida durante la vejez (Ruiz et al., 2011).

La calidad ambiental es otro de los elementos de la calidad de vida entendiendo el ambiente como un contexto que contiene una fuente de estímulos y actúa como determinante del modo de envejecer (Lluesma-Vidal et al., 2021). Hay tres tipos de ambiente, el ambiente soportador, el ambiente controlable y el restaurador. El primero es aquel que facilita la consecución de objetivos y planes de los individuos. El segundo es el que permite a la persona dirigirse para conseguir sus objetivos. Y el último se refiere a aquel que permite a la persona liberarse de la presión que le causan diversos estímulos.

Existen distintos modelos que intentan dar una explicación sobre la relación existente entre ambiente y vejez. Como el Modelo de congruencia (Carp, 1987) y el Modelo ecológico-conductual de Izal y Fernández- Ballesteros (1990) que incluye dos referencias temporales distintas, la social y la personal.

La capacidad funcional es otra dimensión que explica, en gran medida, el grado de calidad de vida que posee una persona sobre todo durante la vejez, siendo uno de los principales indicadores del estado de salud en población mayor (Mesa et al., 2022). El deterioro funcional es algo común durante el proceso de envejecimiento debido a diversos determinantes como la edad y la patología. En un estudio desarrollado por Segovia y Torres (2011) se percataron de que el 25 % de personas mayores de 65 años necesitaban ayuda para la realización a cabo la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales (AIVD), aumentando al doble en personas mayores de 85. La valoración del estado funcional de la persona mayor es primordial para determinar el grado de dependencia y establecer una serie de objetivos para una futura intervención. La funcionalidad ha sido descrita por diversos autores. García y Morales (2004) la definieron como una serie de habilidades físicas,

cognitivas y sociales que facilitan la realización de actividades demandadas por el entorno. Esta capacidad está basada en la presencia habilidades conductuales, cognitivas y psicomotoras.

En contraposición la Dependencia ha sido definida como una serie de dificultades que presenta un individuo para llevar a cabo ABVD, necesitando, de este modo, el soporte de otras personas, afectando notablemente a su calidad de vida. La calidad de vida será mayor si la persona presenta un menor grado de discapacidad y si posee mayores expectativas de cuidado y de apoyo (Informe C, 2023).

La última dimensión que constituye un marcador determinante en la definición de calidad de vida con la que trabajaremos en nuestro estudio es la Satisfacción con la vida, entendida como una evaluación general y subjetiva entre los objetivos que la persona desea y los logros que ha conseguido realmente a lo largo de su vida. Numerosos estudios han mostrado que este constructo ha presentado una fuerte relación con otros como la salud, el estatus económico y las relaciones sociales (Inga y Vara, 2006).

En una publicación llevada a cabo por Meléndez et al. (2009) se evaluaron los factores sociodemográficos que jugaban un papel crucial en el grado de satisfacción vital de la persona. Según los resultados de su estudio, la edad y el sexo no tenían una influencia relevante sobre la satisfacción, en cuanto al estado civil se encontró que las personas casadas presentaban mayores niveles de satisfacción que aquellos que estaban viudos y un bajo nivel educativo se relacionó con una menor satisfacción vital en los individuos.

En resumen, el proceso de envejecimiento desencadena significativos cambios a nivel físico, psicológico y social repercutiendo en los estilos de vida y en la calidad de vida del sujeto (Botero y Pico, 2007; Rodríguez, 2023). La calidad de vida es un término multidimensional, y para su evaluación debemos tener en cuenta multitud de variables que variarán según el contexto y las características de la muestra objeto de estudio relacionados con factores organizacionales, la actividad y ocio y otros factores personales y sociales (Molero et al., 2012; Rodríguez-Martínez, 2023).

Tabla 9.

Dimensiones de calidad de vida con las que trabajaremos en nuestro estudio siguiendo la propuesta de Molero et al. (2012)

Salud	Apoyo Social	Actividad y ocio
Estado de bienestar a nivel físico, así como a nivel mental y social, no solo indica la ausencia de enfermedad.	Interacciones con su red social, favorece las relaciones intergeneracionales, facilita el apoyo emocional e instrumental y disminuye la soledad o aislamiento.	Herramienta para fomentar la creatividad, las capacidades cognitivas, sociales y físicas.
Calidad ambiental	Funcionalidad	Satisfacción con la vida
Disposición del ambiente en el que la persona se desenvuelve	Habilidades físicas, cognitivas, y sociales que facilitan la realización de actividades demandadas por el entorno	Juicio subjetivo acerca de su trayectoria de vida

En resumen, no existe consenso a la hora de determinar los factores y características que constituyen la calidad de vida en personas mayores, y menos aún en personas institucionalizadas, por lo que se hace necesario el desarrollo de un modelo integrado de calidad de vida para personas con estas características (Rodríguez-Martínez et al., 2023).

4.2. CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES

La mejora de la calidad de vida en la vejez es un objetivo primordial de la sociedad, siendo necesario la ampliación de servicios públicos e infraestructuras que lo garanticen (Luque-Reca et al., 2015; Fundación Pasqual Maragall, 2023).

Como hemos comentado en el apartado anterior, en esta etapa resulta vital abordar el contexto biopsicosocial de la persona teniendo en cuenta el entorno y los recursos disponibles (Rodríguez- Martínez et al., 2023). En este sentido, García y Froment (2018) señalan como un aspecto fundamental en esta etapa evolutiva la gran disparidad de necesidades que demandan los adultos mayores y la satisfacción de éstas. Por otra parte, numerosos estudios señalan las consecuencias de la institucionalización geriátrica a medio o largo plazo y comparan su calidad de vida y funcionalidad con la de personas no institucionalizadas (Fernández y Sánchez, 2014). En una investigación llevada a cabo por Molina et al. (2008), se observó cómo los ancianos institucionalizados obtenían peores puntuaciones en factores propios del bienestar subjetivo que aquellos no institucionalizados, sin embargo, no mostraron diferencias en la medida de bienestar objetivo, sobre todo encontraron mayores niveles de insatisfacción en aspectos referentes a la seguridad y de apoyo social. En otra investigación realizada por Acevedo (2014) donde se comparaban "la calidad de vida", "capacidad funcional", "el grado de dependencia" y "los síntomas depresivos" de las personas mayores que residían en centros institucionalizados frente a las que residían en sus hogares se encontró que los mayores que vivían en residencias tenían una puntuación más baja en calidad de vida que aquellos que residían en el domicilio familiar. En este sentido, algunos investigadores señalan que los mayores que residen en su hogar habitual tienen una mayor satisfacción vital que aquellos que viven en geriátricos (Lluesma-Vidal et al., 2021; Özer, 2004). Además, un estudio llevado a cabo por Scocco et al. (2006), indicó que la calidad de vida disminuía durante los seis meses posteriores al ingreso, dos de los factores responsables de este deterioro eran la soledad y los sentimientos de marginación, por lo que se hace crucial el desarrollo de programas que faciliten la adaptación al centro y favorezcan un clima social de respeto y empatía (Bonifas, 2016; Ruiz-Esteban et al., 2023), ya que los centros institucionalizados cada vez son más recurridos, debido en gran parte, al cambio social del modelo de cuidado familiar en cuanto a la actividad familiar, la incorporación de la mujer al mundo laboral, etc. (Leboeuf et al., 2022; Luque-Reca et al., 2015).

En su estudio, Acervedo (2014) encontró que la disminución de la calidad de vida al ingresar en una residencia de ancianos se encuentra estrechamente relacionada con los siguientes factores: autonomía personal, relaciones y participación social e intimidad. Se ha visto que los residentes de más edad disminuyen el contacto con personas cercanas y pasan un tiempo prolongado frente la televisión (Yümin et al., 2011).

Acervedo (2014) también plasma la necesidad de modificar el modelo tradicional de residencia geriátrica para adaptarlo a las nuevas necesidades de la población mayor. Con respecto al género, algunos autores señalan que las mujeres tienen una mayor longevidad, pero con una peor calidad de vida (Fernández- Mayoralas et al., 2018). Recientemente, el estudio realizado por Rodríguez-Martínez et al. (2023) remarca la importancia de tener en cuenta las necesidades y opiniones tanto de residentes como de los profesionales de los centros institucionalizados y de los familiares, englobando aspectos objetivos y subjetivos.

Como conclusión, en adultos mayores institucionalizados se debe considerar el constructo de calidad de vida como un término compuesto por diversos factors entre ellos el entorno social, la familia, la zona geográfica, así como otras variables como la salud, estado psicológico y otros aspectos sociales relacionados con el contexto (Rodríguez-Martínez et al., 2023).

4.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES

Según Carcavilla et al. (2021) la medición de este constructo en población mayor se ha centrado en la evaluación de sus relaciones sociales, su estado de salud y su entorno. Existen numerosos cuestionarios para evaluar problemas específicos de salud en personas mayores como la sarcopenia (Beaudart et al., 2015) y la situación de vulnerabilidad (Gregersen et., 2015).

Dado el interés creciente por la mejora y promoción de la calidad de vida en la población mayor, se han creado instrumentos para su medición entre los cuales podemos destacar el World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD) (Power et al., 2005), desarrollado por la OMS con el objetivo de analizar la calidad de vida de las personas mayores. En su versión original presenta seis factores y está compuesto de 24 ítems. Ha sido adaptado a diversas culturas (Queirolo et al., 2020).

En población española se destaca el cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) desarrollado por Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1996) compuesto por 80 ítems. Este instrumento consta de 21 dimensiones que se engloban en nueve factores: "Salud", "integración social", "habilidades funcionales", "actividad y ocio", "calidad ambiental", "satisfacción con la vida", "educación", "ingresos" y "servicios sociales" y "sanitarios".

Por otra parte, encontramos la escala FUMAT (Gómez et al., 2008), su uso va dirigido a personas mayores y personas con discapacidad física. Esta escala se compone de 80 ítems que recogen 8 dimensiones: "bienestar emocional", "relaciones interpersonales", "bienestar material", "desarrollo personal", "bienestar físico", "autodeterminación", "inclusión social" y "derechos".

Por otro lado, se encuentra la escala de Satisfacción y Calidad de Vida percibida (SyCV-FSAR) (Literas et al., 2010) consta de 18 ítems, está diseñada para evaluar calidad de vida en centros institucionalizados y sociosanitarios. Dicha escala se compone de 3 dimensiones: "servicio y atención residencial", "entorno personal" y "relaciones interpersonales".

Para la valoración de la calidad de vida en contextos residenciales para personas mayores también encontramos el Cuestionario de evaluación de Calidad de Vida en Contexto Residencial (CECAVIR) desarrollado por Molero et al. (2012). Este es el instrumento que hemos utilizado en nuestro estudio, véase el apartado de metodología para la descripción del instrumento.

El más reciente es la escala de calidad de vida subjetiva en residencias de personas mayores (CVS-R) (Carcavilla et al., 2021). Esta escala formada por 10 dimensiones: "bienestar físico", "servicios de la residencia", "dominio del entorno", "autoaceptación", "relaciones positivas", "crecimiento personal", "familia", "autonomía" y "recursos humanos". Se trata de una escala breve que consta de 27 ítems.

Tabla 10.

Principales escalas de evaluación de la Calidad de Vida en personas mayores adaptados y validados en población española

Escala	Autores	Nº de ítems
WHOQOL-OLD	Power et al. (2005)	24
CUBRECAVI	Fernández-Ballesteros y Zamarrón (1996)	21
FUMAT	Gómez et al. (2008)	80
SyCV-FSAR	Literas et al. (2010)	18
CECAVIR	Molero et al. (2012)	56
CVS-R	Carcavilla et al. (2021)	27

4.4. CALIDAD DE VIDA, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y BULLYING ENTRE PERSONAS MAYORES

Existen pocos estudios que analicen la relación entre calidad de vida con acoso entre iguales en la vejez (Ruiz-Esteban et al., 2023) en contraposición con el notable número de estudios que hablen sobre calidad de vida y bullying en edad escolar. Si bien es cierto que la mayoría de investigaciones sobre calidad de vida se centran en aspectos orgánicos y de salud (Beaudart et al. 2015; Gregersen et al., 2015). Lo cierto es que la calidad de vida está determinada en gran parte por las relaciones interpersonales que se establecen a lo largo de la vida, siendo determinantes en el envejecimiento activo y saludable (Gázquez et al., 2015; Livingston et al., 2008).

La calidad de vida se ha considerado un constructo que refleja claramente el impacto del acoso entre mayores (Bonifas, 2016; Botngård et al., 2020; Goodridge et al., 2017; McDonals et al., 2015), en esta etapa de la vida, las relaciones interpersonales positivas tienen un gran impacto que tienen sobre la calidad de vida (Rodríguez-Martínez, 2023), señalando que contar con una adecuada red de apoyo, esto es, estable, aumenta la calidad de vida (González

et al., 2020). En esta línea, Heylen (2010) señala que los sentimientos de aislamiento y soledad provocados por la intimidación entre adultos mayores supone un factor que merma la calidad de vida. El aislamiento y la soledad no deseada son el opuesto a la percepción de apoyo social y una vida de ocio y tareas ocupacionales activa, que son dos indicadores de calidad de vida en personas mayores institucionalizadas (Molero et al., 2012). En este sentido, Andresen y Buchanan (2017) encuentran que estar expuesto a acoso social o relacional se asociaba a una mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo como pueden ser la ansiedad y la depresión, y una menor satisfacción con la vida en usuarios que residen en centros institucionalizados. En esta misma línea, la investigación llevada a cabo por Trompetter et al. (2011) arroja una serie de consecuencias negativas provocadas por la agresión de tipo relacional entre residentes como ansiedad, depresión, soledad social o aislamiento y su relación con la satisfacción con la vida, viéndose está gravemente alterada. Por otra parte, McDonals et al. (2015) considera que la agresión entre residentes supone un grave problema de salud pública y tiene un gran impacto sobre la seguridad y el bienestar en centros institucionalizados.

De otro lado, cabe mencionar que la inteligencia emocional se considera fundamental en el adecuado desarrollo socioafectivo que tiene lugar a lo largo de nuestra vida (Ruvalcaba et al., 2014; Veloz et al., 2023) y está relacionado con la apertura hacia el aprendizaje interpersonal, lo que incide positivamente sobre nuestra calidad de vida (Flores et al., 2019).

Las relaciones personales satisfactorias y la participación social activa, además de otros indicadores de salud, autonomía, etc., se consideran fundamentales en la calidad de vida durante la etapa de envejecimiento (Bravo et al., 2018; Veloz y Vega, 2023). En este sentido, el manejo adecuado de emociones repercute tanto en la calidad de vida como en la satisfacción con la vida (Ruvalcaba et al., 2014), ya que la gestión de emociones determina la forma de actuar e integrarse a nivel social (Veloz y Vega, 2023).

La relación entre la calidad de vida y el acoso entre iguales en la vejez es un área que requiere mayor atención debido a sus implicaciones significativas en la salud y el bienestar de los adultos mayores. A medida que la población envejece, es crucial comprender cómo las dinámicas sociales y las experiencias de acoso afectan la vida diaria de los ancianos. El acoso en la vejez puede adoptar formas diversas, incluyendo la exclusión social, el abuso verbal y la intimidación, todas las cuales pueden tener efectos devastadores en la salud mental y emocional. Según Bonifas (2016) y Botngård et al. (2020), estos comportamientos negativos

no solo deterioran la calidad de vida, sino que también aumentan el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad, exacerbando problemas de salud preexistentes y afectando la longevidad y el bienestar general de los mayores.

Además, el impacto del acoso entre iguales en la vejez subraya la necesidad de intervenciones efectivas y políticas públicas que aborden este problema. La investigación de McDonald et al. (2015) y Trompetter et al. (2011) muestra que la agresión entre residentes en centros de cuidado institucional no solo compromete la seguridad y el bienestar, sino que también tiene repercusiones negativas en la percepción de la calidad de vida y la satisfacción general. Es fundamental que las instituciones que cuidan a personas mayores implementen programas de prevención y respuesta al acoso, promoviendo un ambiente seguro y de apoyo. Estos programas deben incluir capacitación para el personal, desarrollo de políticas claras contra el acoso y la creación de canales de comunicación efectivos para que los residentes puedan denunciar incidencias de acoso de manera confidencial y segura.

Por último, la inteligencia emocional y el desarrollo socioafectivo desempeñan un papel vital en la promoción de una vida saludable y satisfactoria en la vejez. Estudios como los de Ruvalcaba et al. (2014) y Veloz et al. (2023) destacan la importancia de fomentar habilidades emocionales y sociales desde temprana edad y a lo largo de toda la vida para garantizar una mejor calidad de vida en la vejez. El manejo adecuado de las emociones no solo mejora las relaciones interpersonales, sino que también facilita la integración social y la participación activa en actividades comunitarias, lo cual es esencial para combatir el aislamiento y la soledad. La creación de programas de apoyo emocional y social para adultos mayores, tanto en la comunidad como en instituciones, puede ayudar a mitigar los efectos del acoso y promover un envejecimiento más activo y saludable, asegurando que los mayores vivan sus últimos años con dignidad y bienestar.

PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO 5. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

En el siguiente apartado se desarrollan los aspectos metodológicos de este estudio. En primer lugar, se plasma el objetivo general y los objetivos específicos que nos planteamos en nuestra investigación.

En segundo lugar, se describe la muestra con la que se ha llevado a cabo este trabajo empírico.

En tercer lugar, analizamos las variables que entran en juego en nuestro estudio que son las variables sociodemográficas, la calidad de vida, la inteligencia emocional y el bullying.

En cuarto lugar, se describen los instrumentos de medida que se emplean.

En quinto lugar, se desarrolla el procedimiento a seguir para llevar a cabo la recogida de datos.

Por último, se realiza una descripción del análisis de datos de tres fases: la primera fase corresponde al estudio exploratorio de los datos, la segunda fase a la realización de análisis descriptivo y una tercera fase de análisis de regresión jerárquica.

5.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del estudio fue conocer las conductas de bullying más frecuentes entre las personas mayores. Del mismo modo, el objetivo secundario era conocer cómo afectan las conductas de bullying en la calidad de vida e inteligencia emocional de adultos mayores en función del rol asumido.

5.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El objetivo general expuesto se concreta en los siguientes objetivos específicos:

Objetivo Específico 1. "Analizar las formas de manifestación del bullying en personas mayores en función del rol asumido".

Objetivo Específico 2. "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de la víctima (exclusión social)".

Objetivo Específico 3. "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de la víctima - agresora".

Objetivo Específico 4. "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de la víctima (violencia verbal y agresión mediante armas)".

Objetivo Específico 5. "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil del agresor".

5.2. DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Los participantes del estudio fueron 90 personas mayores de las cuales 27 pertenecían a residencias del sureste español, 22 pertenecían a estancias diurnas del sureste español y el resto eran estudiantes del aula de mayores de una universidad del sureste español.

En la tabla 11 pueden apreciarse los datos descriptivos de los participantes. Se aprecia que se distribuían de manera muy igualada en cuanto al género y con edades comprendidas entre los 54 y 95 años (*M*=74.29; *Dt*=11.17). Solamente el 5.6% eran de procedencia extranjera.

Tabla 11

Frecuencia y porcentaje de los participantes del estudio según características sociodemográficas y académicas

Variable		Frecuencia (n=90)	Porcentaje (100%)
Centro	Residencia	27	30%
	Día	22	24.4%
	Aula de mayores	41	45.6%
Género	Masculino	31	34.4%
	Femenino	59	65.5%
Procedencia	Nacido en España	85	94.4%
	Nacido fuera de España	5	5.6%
Estado civil	Casado/ pareja de hecho	33	36.7%
	Separado/ divorciado	7	7.8%
	Viudo	40	44.4%
	Soltero	10	11.1%
Nivel de estudios	Sin estudios	31	34.4%
	Primarios/EGB	17	18.9%
	Estudios medios	21	23.3%
	Estudios superiores	21	23.3%
Visitas familiares	Todos o casi todos los días	37	41.1%
	Una vez por semana	35	38.9%
	Al menos una vez al mes	10	11.1%
	Menos de una vez al mes	8	8.9%

5.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

Se describen a continuación las variables utilizadas en el estudio.

- **Características sociodemográficas:**

- Centro. Variable nominal agrupada en tres niveles: residencia, centro de día o aula de mayores.
- Género. Variable nominal agrupada en dos niveles: masculino o femenino.
- Edad. Variable cuantitativa continua.
- País de procedencia. Variable nominal agrupada en dos niveles: España y fuera de España.
- Estado civil. Variable nominal agrupada en cuatro niveles: soltero, casado/ en pareja, separado/ divorciado y viudo.
- Nivel de estudios. Variable nominal agrupada en cuatro niveles: Sin estudios, estudios primarios/EGB, estudios medios y estudios superiores (universitarios.
- Visitas familiares. Variable nominal agrupada en cuatro niveles: Todos o casi todos los días, al menos una vez por semana, al menos una vez al mes, menos de una vez al mes.

- **Inteligencia emocional:**
  - Intrapersonal: se trata de una variable cuantitativa continua.
  - Interpersonal: se trata de una variable cuantitativa continua.
  - Manejo del estrés: se trata de una variable cuantitativa continua.
  - Adaptabilidad: se trata de una variable cuantitativa continua.
  - Estado de ánimo general: se trata de una variable cuantitativa continua.

- **Calidad de vida:**
  - Salud: se trata de una variable cuantitativa continua.
  - Relaciones sociales y familia: se trata de una variable cuantitativa continua.
  - Actividad y ocio: se trata de una variable cuantitativa continua.
  - Calidad ambiental: se trata de una variable cuantitativa continua.
  - Capacidad funcional: se trata de una variable cuantitativa continua.
  - Satisfacción con la vida: se trata de una variable cuantitativa continua.
- **Bullying en personas mayores:**
  - Víctima (exclusión social): se trata de una variable cuantitativa continua.

- Víctima-agresora: se trata de una variable cuantitativa continua.
- Víctima (violencia verbal y agresión mediante armas): se trata de una variable cuantitativa continua.
- Agresor: se trata de una variable cuantitativa continua.

5.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

5.4.1 TEST DE ACOSO ENTRE PERSONAS MAYORES

La primera escala utilizada en el presente estudio fue el Bullying Questionnaire de Trompetter et al. (2011) y Bonifas (2014) adaptado a población española por Méndez et al. 2024. Se trata de un instrumento compuesto por 17 ítems con un formato de respuesta cerrado, mediante una escala tipo Likert (0=Nunca, 1=Cada dos o tres meses, 3= Varias veces por mes, 4= Varias veces por semana). En relación al tiempo de aplicación del cuestionario es de unos 5-10 minutos aproximadamente, dependiendo de las características de cada individuo.

El instrumento consta de los siguientes factores: primer factor denominado víctima (exclusión social), el segundo factor denominado víctima-agresora, el tercer factor denominado víctima (violencia verbal y agresión mediante armas) y el cuarto factor denominado agresor.

La escala posee un valor alfa de Cronbach muy aceptables ya que en nuestro estudio fue de .77. En la tabla 12 pueden visualizarse ejemplos de ítems.

Tabla 12

Ejemplos de ítems del Cuestionario de Bullying

Factores	EJEMPLO DE ÍTEM
Víctima (exclusión social)	*Alguien le ha ignorado a propósito.* *Alguien se ha burlado repetidamente de usted.*
Víctima-agresora	*Alguien le ha robado o destruido su propiedad (pertenencia, objeto, ropa).* *Usted ha golpeado a alguien o le ha lastimado con algún dispositivo (bastón, bolso, etc.).*

Víctima (violencia verbal y agresión mediante armas)	*Alguien ha difundido rumores y chismes sobre usted.* *Alguien le ha intimidado o lastimado con un dispositivo de movilidad, (por ejemplo, un bastón, una silla de ruedas eléctrica…).*
Agresor	*Usted se ha burlado de otro compañero.* *Usted ha dañado o robado las pertenencias a otro compañero.*

5.4.2. CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA

Para la recogida de datos sobre la calidad de vida de los sujetos se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida en Contexto Residencial (CECAVIR) elaborado por Molero et al. (2012). La escala está compuesta por 56 ítems, la aplicación se realiza a modo de entrevista estructurada y el formato de respuesta es cerrado, se trata de una escala tipo Likert del 1 al 5 (1=nunca/ nada/ muy mala, 2= algunas veces/ poco/ mala, 3= a veces/ normal/ regular, 4= bastantes veces/ bastante/ buena y 5= muchas veces/ siempre/ mucho/ muy buena); además todas las opciones de respuesta constan de un valor adicional NP = no pertinente o no contesta. El instrumento consta de seis factores: salud, relaciones sociales y familia, actividad y ocio, calidad ambiental, capacidad funcional y satisfacción con la vida.

El cuestionario consta de las siguientes variables sociodemográficas:

- Centro: residencia, centro de día o aula de mayores.
- Género: masculino o femenino.
- Edad.
- País de procedencia: España y fuera de España.
- Estado civil: soltero, casado/ en pareja, separado/ divorciado y viudo.
- Nivel de estudios: sin estudios, estudios primarios, estudios medios y estudios superiores (universitarios).
- Visitas familiares: todos o casi todos los días, al menos una vez por semana, al menos una vez al mes, menos de una vez al mes.

El índice de fiabilidad alfa de Cronbach de la prueba es de .87 (Molero et al., 2012). En nuestro estudio el índice alfa de Cronbach fue de .80. En la tabla 13 pueden visualizarse ejemplos de ítems.

Tabla 13
Ejemplos de ítems para cada factor del cuestionario de calidad de vida

Factores	*EJEMPLO DE ÍTEM*
Salud	*Tengo que atender periódicamente mi salud por algún padecimiento.*
Relaciones sociales y familia	*Recibo visitas de familiares con frecuencia.*
Actividad y ocio	*Me distraigo haciendo trabajos manuales.*
Calidad ambiental	*El nivel de ruido es el adecuado.*
Capacidad funcional	*Necesito ayuda para vestirme/desvestirme.*
Satisfacción con la vida	*Actualmente, en general me va bien, me siento bien.*

5.4.2. CUESTIONARIO SOBRE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Para la recogida de datos sobre la inteligencia emocional se utilizó el Inventario Breve de Inteligencia Emocional para Mayores (EQ-I-M20) elaborado por Pérez-Fuentes et al. (2014). La escala está compuesta por 20 ítems de escala tipo Likert que oscilan desde *1 (Nunca me pasa), 2 (A veces me pasa), 3 (Casi siempre me pasa) y 4 (Siempre me pasa).* El instrumento consta de los ocho factores: Intrapersonal, Interpersonal, Manejo del estrés, Adaptabilidad y Estado de ánimo general.

El índice de fiabilidad alfa de Cronbach de la prueba es de .89 (Pérez-Fuentes, et al., 2014) En nuestro estudio el índice alfa de Cronbach fue de .80. En la tabla 14 pueden visualizarse ejemplos de ítems.

Tabla 14
Ejemplos de ítems para cada factor del cuestionario de inteligencia emocional

Factores	*EJEMPLO DE ÍTEM*
Intrapersonal	*Me resulta fácil decirle a la gente cómo me siento.*
Interpersonal	*Entiendo bien cómo se sienten las otras personas.*
Manejo del estrés	*Me resulta difícil controlar mi ira (furia).*
Adaptabilidad	*Es fácil para mí entender cosas nuevas.*
Estado de ánimo general	*Me siento bien conmigo mismo.*

5.5. PROCEDIMIENTO

En primer lugar, fue necesario tramitar la autorización del Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia (véase en Anexo I). A continuación, se solicitaron los permisos pertinentes en los centros residenciales, el aula de mayores y en los centros de día de la Región de Murcia. Del total de centros que se llevó a cabo la solicitud para formar parte del estudio fue posible recabar datos de cinco centros diferentes. La situación sobrevenida tras la pandemia ocasionada por la COVID- 19 imposibilitó el acceso posteriormente a los centros para finalizar la recogida de datos prevista.

Tras el consentimiento de los centros participantes, se tramitó la solicitud de consentimiento informado de los participantes en el estudio (véase modelo en Anexo II). En los casos en los cuales no se disponía del mismo se tuvieron que excluir dichos participantes y no se pudieron administrar las pruebas. Del mismo modo, en el caso de que las pruebas estuviesen incompletas también fueron omitidas del estudio. Por lo que se omitieron en total 24 participantes. La administración de las pruebas se realizó en una o dos sesiones dependiendo de los horarios de visitas de los centros de mayores y porque era necesario disponer de una sesión de 50 minutos aproximadamente para cada participante puesto que no era posible realizarlo de forma grupal. Para evitar efectos de deseabilidad social, la investigadora estaba presente en la sala para posibles dudas, pero se aseguró en todo momento el anonimato de las respuestas, la voluntariedad y la confidencialidad. Así, todos los datos fueron codificados con una numeración de seguridad para mantener durante todo

el proceso dicho anonimato. Finalmente, los datos fueron tabulados en una base de datos en SPSS en su versión 28.0. Por lo tanto, se ha tratado de un estudio transversal.

5.6. ANÁLISIS ESTATÍSTICO DE LOS DATOS

En una primera fase fue necesario llevar a cabo un estudio exploratorio de los datos obtenidos con la finalidad de explorar los casos perdidos (outlaiers) así como la comprobación de los supuestos paramétricos.

En una segunda fase se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas) que fueron utilizados para la descripción de las características sociodemográficas de los participantes en el estudio.

En una tercera fase se llevó a cabo un análisis de regresión jerárquica, utilizando el método "introducir" con la finalidad de analizar el poder predictivo de las variables independientes (características sociodemográficas, calidad de vida e inteligencia emocional) en bloques y de esta forma analizar los efectos de cada uno de ellos en cada una de las variables dependientes del estudio (víctima de exclusión social, victima-agresora, víctima de violencia verbal y agresión mediante armas y agresor).

CAPÍTULO 6. ANÁLISIS Y RESULTADOS

INTRODUCCIÓN

Este capítulo ha sido diseñado de modo que permite presentar los resultados obtenidos tras el análisis estadístico de los datos.

En una primera sección se reflejan los datos descriptivos del estudio con la finalidad de dar respuesta al **Objetivo Específico 1.** "Analizar las formas de manifestación del bullying en personas mayores en función del rol asumido".

Y en una segunda sección se reflejan los análisis inferenciales con la finalidad de dar respuesta a los objetivos específicos:

- **Objetivo Específico 2.** Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de la víctima (exclusión social).
- **Objetivo Específico 3.** "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de la víctima -agresora".
- **Objetivo Específico 4.** "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de la víctima (violencia verbal y agresión mediante armas)".
- **Objetivo Específico 5.** "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil del agresor".

6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO E INFERENCIAL

6.1.1. ANÁLISIS DEL BULLYING ENTRE MAYORES

Atendiendo al **Objetivo Específico 1.** "Analizar las formas de manifestación del bullying en personas mayores en función del rol asumido".

En la tabla 15 se pueden apreciar los datos descriptivos (frecuencias y porcentajes) para cada una de las variables de los roles asumidos en bullying en personas mayores: víctima (exclusión social), víctima-agresora, víctima (violencia verbal y agresión mediante armas) y agresor.

En primer lugar, en lo que respecta al rol de víctima (exclusión social) podemos apreciar que de forma mayoritaria dichas situaciones se habían producido a través de situaciones de exclusión social. Asimismo, aparecen situaciones de burlas, amenazas o de crueldad hacia sus mascotas o plantas.

En segundo lugar, en lo referente al rol de victima-agresora se aprecian que las situaciones se habían dado sobre todo a través de que la persona había sido víctima de algún robo en sus pertenencias o destrozos en la propiedad (objetos, ropa, etc.), que la persona había agredido de forma física, con o sin armas (como, por ejemplo, golpear o lastimar con un instrumento como un bastón, un bolso, etc.), a otra persona.

En tercer lugar, podemos destacar el rol de victima (violencia verbal y agresión mediante armas) caracterizado por el hecho de que la persona haya sido víctima de rumores, comentarios racionales como por ejemplo sobre su procedencia y el hecho de que la persona hubiese sido víctima de agresión mediante algún dispositivo de movilidad como un bastón, una silla de ruedas eléctrica, etc.

En cuarto lugar, en lo que respecta al rol de agresor cabe indicar que se destaca sobre todo a través de la agresión verbal directa (como, por ejemplo, burlas), la agresión verbal de forma indirecta (como, por ejemplo, difundir rumores o exclusiones sociales) y a través de la agresión de tipo material (como robar o romper las pertenencias de las victimas).

Tabla 15

Formas de manifestación del bullying en función del rol asumido

Manifestaciones	Nunca	Cada 2-3 meses	Varias veces al mes	Varias veces por semana	Varias veces al día
Víctima (exclusión social)					
Ignorado	75(83.3%)	6 (6.7%)	1(1.1%)	2(2.2%)	6(6.7%)
Burlas	81(90%)	6(6.7%)			3 (3.3%)
Sentarse al lado	82(91.1%)	2(2.2%)	2(2.2%)	1(1.1%)	3(3.3%)
Exclusión grupal	87(96.7%)		2(2.2%)	1 (1.1%)	
Amenazas	86(95.6%)	3(3.3%)	1(1.1%)		
Crueldad con sus mascotas	87(96.7%)	3(3.3%)			
Víctima-agresora					
Robado	80(88.9%)	10(11.1%)			
Agresión física	88(97.8%)	2(2.2%)			
Agresión mediante instrumento	89(98.9%)	1(1.1%)			
Ciberacoso	90(100%)				
Víctima (violencia verbal y agresión mediante armas)					
Rumores	77(85.6%)	11(12.2%)	1(1.1%)		1 (1.1%)
Comentarios raciales	87(96.7%)	3(3.3%)			
Agresión con dispositivos de movilidad	89(98.9%)	1(1.1%)			
Agresor					
Burlas	80(88.9%)	6(6.7%)		2 (2.2%)	2 (2.2%)
Exclusión grupal	76(84.4%)	4 (4.4%)	4(4.4%)		6(6.7%)
Difundir rumores	77(85.6%)	8 (2.9%)	2 (2.2%)	2 (2.2%)	1 (1.1%)
Robar	90(100%)				
Acceso recursos	90(100%)				

6.1.2. ANÁLISIS DEL ROL DE VÍCTIMA (EXCLUSIÓN SOCIAL) ENTRE PERSONAS MAYORES

Para el **Objetivo Específico 2.** "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de la víctima (exclusión social)" se realizó un análisis de regresión jerárquico con la finalidad de predecir el perfil de la persona mayor que asumía el rol de víctima (exclusión social) en bullying. Para ello se controlaron las variables sociodemográficas del estudio (edad, género, estado civil y procedencia) las que explicaron el 10% de la varianza.

De este modo, teniendo como criterio el perfil de víctima (exclusión social), en el segundo paso se introdujeron las variables predictoras relativas a la calidad de vida las que explicaron el 17.2% de la varianza y en el tercer paso se introdujeron los factores de inteligencia emocional cuales explicaron el 29.4% de la varianza (Tabla 16). En este sentido, cabe indicar que los coeficientes estandarizados Beta indicaron que las variables que resultaron significativas fueron las siguientes: procedencia (*Beta*=.218; *t*=2.101; *p*= .039), actividad y ocio (*Beta*=-.242; *t*=2.092; *p*= .040) y adaptabilidad (*Beta*=.335; *t*=2.618; *p*= .011).

Tabla 16

Análisis de regresión jerárquica para la predicción del rol de víctima (exclusión social) entre personas mayores

Modelo	R^2	R^2 corregida	Cambio en R^2	Cambio en F	F
1	.100	.058	.100	2.366	2.366
2	.172	.067	.072	1.146	1.644
3	.294	.151	.122	2.555*	2.055*

Nota: *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.01

6.1.3. ANÁLISIS DEL ROL DE VÍCTIMA-AGRESORA ENTRE PERSONAS MAYORES

Objetivo Específico 3. "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de la víctima - agresora".

En primer lugar, se controlaron las variables sociodemográficas del estudio (edad, género, estado civil y procedencia) las que explicaron el 2.3% de la varianza.

En el segundo paso se introdujeron las variables predictoras relativas a la calidad de vida las que explicaron el 6.8% de la varianza y en el tercer paso se introdujeron los factores de inteligencia emocional cuales explicaron el 11.2% de la varianza (Tabla 17). En este sentido, cabe indicar que según los coeficientes estandarizados Beta no aparecieron variables que resultaron significativas.

Tabla 17

Análisis de regresión jerárquica para la predicción del rol de víctima agresora entre personas mayores

Modelo	R^2	R^2 corregida	Cambio en R^2	Cambio en F	F
1	.023	-.023	.023	.503	.503
2	.068	-.050	.045	.631	.575
3	.112	-.068	.045	.742	.624

6.1.4. ANÁLISIS DEL ROL DE VÍCTIMA (VIOLENCIA VERBAL Y AGRESIÓN MEDIANTE ARMAS) EN BULLYING ENTRE PERSONAS MAYORES

Objetivo Específico 4. "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de la víctima (violencia verbal y agresión mediante armas)".

En primer lugar, se controlaron las variables sociodemográficas del estudio (edad, género, estado civil y procedencia) las que explicaron el 17.1% de la varianza.

De este modo, teniendo como criterio el perfil de víctima (violencia verbal y agresión mediante armas), en el segundo paso se introdujeron las variables predictoras relativas a la calidad de vida las que explicaron el 20.5% de la varianza y en el tercer paso se introdujeron los factores de inteligencia emocional cuales explicaron el 38.8% de la varianza (Tabla 18). En este sentido, cabe indicar que los coeficientes estandarizados Beta indicaron que las variables que resultaron significativas fueron las siguientes: procedencia (*Beta*=.297; *t*=3.084; *p*= .003), adaptabilidad (*Beta*=.282; *t*=2.368; *p*= .020) y estado de ánimo (*Beta*=-.353; *t*=-2.539; *p*= .013).

Tabla 18

Análisis de regresión jerárquica para la predicción del rol de víctima (violencia verbal y agresión mediante armas) entre personas mayores

Modelo	R^2	R^2 Corregida	Cambio en R^2	Cambio en F	F
1	.171	.131	.171	4.368**	4.368**
2	.205	.105	.035	.579	2.043*
3	.388	.264	.183	4.428***	3.133***

Nota: *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.01

6.1.5. ANÁLISIS DEL ROL DE AGRESOR EN BULLYING ENTRE PERSONAS MAYORES

Objetivo Específico 5. "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil del agresor".

En primer lugar, se controlaron las variables sociodemográficas del estudio (edad, género, estado civil y procedencia) las que explicaron el 33.5% de la varianza.

De este modo, teniendo como criterio el perfil de agresor, en el segundo paso se introdujeron las variables predictoras relativas a la calidad de vida las que explicaron el 46.2% de la varianza y en el tercer paso se introdujeron los factores de inteligencia emocional cuales explicaron el 50.1% de la varianza (Tabla 19). En el segundo paso, los coeficientes estandarizados Beta indicaron que las variables que resultaron significativas fueron las siguientes: edad (*Beta*=.270; *t*=2.044; *p*= .044) y actividades de ocio (*Beta*=-.231; *t*=-2.060; *p*= .043).

Tabla 19

Análisis de regresión jerárquica para la predicción del rol de agresor entre personas mayores

Modelo	R^2	R^2 corregida	Cambio en R^2	Cambio en F	F
1	.335	.070	.112	2.682*	2.682*
2	.462	.114	.102	1.704	2.149*
3	.501	.099	.037	.739	1.655

Nota: *p < 0.05.

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

INTRODUCCIÓN

Tras presentar los resultados a lo largo del capítulo anterior, en el siguiente capítulo procedemos a discutir los hallazgos del estudio en función de los objetivos planteados y la literatura revisada.

La discusión se estructura en cinco bloques diferenciados en los que se discute cada objetivo planteado en nuestra investigación en base a nuestros resultados obtenidos y la literatura revisada.

En el primer apartado se discuten los datos descriptivos para cada uno de los roles asumido.

Durante los siguientes cuatro apartados se discutirán los resultados de cada uno del análisis de la capacidad predictiva de cada uno de los roles del bullying entre personas mayores con las variables sociodemográficas, calidad de vida e inteligencia emocional recogidas en nuestro estudio.

CAPÍTULO 7.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos en la investigación para cada uno de los objetivos planteados.

Objetivo 1: "Analizar las formas de manifestación del bullying en personas mayores en función del rol asumido".

Atendiendo al objetivo 1, los resultados de nuestro estudio podemos determinar cuatro situaciones atendiendo a los diferentes roles asumidos en el acoso entre iguales. En primer lugar, aquellas personas que asumieron el rol de víctima en las situaciones de abuso, en su mayoría se produjeron en forma de exclusión social, esto va en consonancia con los resultados de la literatura previa que afirman que las formas de acoso entre personas mayores son de tipo verbal y relacional en su mayoría (Bonifas, 2016; García-Munuera et al., 2024; Gooridge et al., 2017; Jeffries et al., 2018; Sepe, 2015). Cabe destacar que las víctimas también habían sido objeto de forma frecuente de crueldad hacia sus pertenencias o destrozos de su propiedad (objetos, ropa, mascotas, plantas, etc.), amenazas y burlas. Como se puede observar, se trata de conductas de acoso de tipo indirecto con predominancia verbal y relacional (Andresen y Buchanan, 2017; Bonifas, 2016).

En segundo lugar, teniendo en cuenta el rol víctima-agresora, que se refiere a aquel donde una persona que está siendo acosada también ejerce intimidación hacia otros iguales (Lorenzo y Becoña, 2022). En este sentido, los resultados muestran que este rol, había estado expuesto a conductas de abuso indirectas, como robo o daño de pertenencias (Bonifas, 2016; Botngård et al., 2020; Jeffries et al., 2018; VandeNest, 2016). Sin embargo, en su faceta de perpetrador, estos sujetos tendían a llevar a cabo violencia física, valiéndose de su propia fuerza o mediante el uso de objetos (Bonifas, 2016; Botngård et al., 2020), tales como golpear o lastimar con un instrumento como un bastón, un andador, un bolso, un cubierto, etc., a otra persona.

En tercer lugar, las personas nuestro estudio señalan otro rol de víctima, en el que el sujeto en gran parte es sometido por otro igual perpetrador a conductas de intimidación de tipo verbal (Andresen y Buchanan, 2017; Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018; Ruiz-Esteban et al., 2023; Sepe, 2015; VandeNest, 2016) mediante el uso de comentarios raciales, sobre todo, y en menor media de conductas de acoso de tipo físico indirectas mediante el uso de objetos como un bastón o un andador (Bonifas, 2016; Botngård et al., 2020).

Por último, en cuarto lugar, con respecto al rol de agresor, encontramos sobre todo conductas en forma de agresión verbal tanto directa (burlas, insultos…) como indirecta (difundir rumores o exclusión social) (Andresen y Buchanan, 2017; Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018; VandeNest, 2016), también se encuentra agresión física indirecta mediante el robo y destrucción del material (Bonifas, 2016; Botngård et al., 2020). En este sentido, los resultados de nuestro estudio con respecto a las formas de manifestación del bullying en mayores están en consonancia con las investigaciones anteriores que muestran una predominancia en las conductas de tipo social y verbal (Andresen y Buchanan, 2017; Lachs et al., 2016), siendo las agresiones físicas menos frecuentes, aunque también presentes como pellizcos, golpes, sobre todo en sus formas indirectas como destrucción de pertenencias o agresión con algún tipo de instrumento (Botngård et al., 2020).

Por último, haciendo referencia a la frecuencia en la que se producen estas conductas, la frecuencia con la que se solían producir las conductas de acoso eran cada 2-3 meses. La prevalencia no fue alta en nuestro estudio lo que puede deberse a desconocimiento o sentimientos de miedo o vergüenza como señalan otros autores (Ellis et al., 2018; Jeffries et al., 2018; Rosen et al., 2008; Sepe, 2015).

Objetivo 2: "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de la víctima (exclusión social)."

Atendiendo al objetivo 2 de nuestro estudio, las variables que resultaron significativas en fueron las siguientes: procedencia, actividad y ocio y adaptabilidad.

Respecto a la procedencia, se ha visto a lo largo de la revisión de la literatura que la ésta juega un papel central en el acoso entre iguales, esto es, aquellas personas de distinta procedencia tienen una mayor probabilidad de ser objeto de abuso entre iguales, y más concretamente de sufrir exclusión social (Andresen y Buchanan, 2017; Bloemen et al., 2020; Goodridge et al., 2017; Monjas, 2021). Según Bonifas (2016), los agresores suelen tener baja tolerancia a lo diferente, por lo que ser de un lugar distinto puede llevar asociado diferencias diversas en cuanto a etnia, cultura y costumbres lo que puede acarrear una mayor incidencia de aislamiento social por parte de sus iguales.

En cuanto al nivel de actividad y ocio, estas personas, las víctimas de acoso, tienden a ser excluidas (Andresen y Buchanan, 2017; Goodridge et al., 2017) y por tanto al aislamiento

social (Bonifas, 2016; Trompetter et al., 2011) y soledad (Benson, 2012), que hace menos probable una implicación activa en las actividades y dinámicas de ocio u ocupacionales realizadas en los centros de convivencia (Guerrero y Molina, 2024). Esto es, nuestros resultados se muestran que la actividad y ocio es un indicador significativo negativo con respecto a la variable rol de víctima (exclusión social) lo que va acorde con la literatura revisada, ya que la persona que sufre exclusión social por parte de sus iguales no se implica tanto en las actividades de ocio y ocupacionales, en ocasiones por decisión propia provocado por sentimientos de miedo, vergüenza, etc. (Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018; Sepe, 2015). Y en otras ocasiones provocados por que los propios agresores impiden que accedan a ciertas actividades grupales (Bonifas, 2016; VandeNest, 2015), ya que uno de los lugares donde se producen estos incidentes son las salas de actividades (Lachs et al., 2016).

Atendiendo a la adaptabilidad, que como hemos visto hace referencia a la capacidad de ajuste y gestión frente a cambios, y está estrechamente relacionada con la resolución de conflictos y la flexibilidad (Buenrostro-Guerrero et al., 2012; Pérez-Fuentes et al., 2018; Quinto-Medrano y Roig-Vila, 2015). Nuestros resultados han mostrado un valor predictivo significativo de la capacidad de adaptabilidad respecto al rol de víctima mediante exclusión social, esto es, una persona que tenga una buena capacidad de adaptabilidad, al ser más flexible (Méndez et al., 2019a; Pérez-Fuentes et al., 2018), estrechamente relacionada con la Inteligencia emocional, va a tener mayores recursos para enfrentarse a situaciones de exclusión social por parte de sus compañeros (Monjas, 2021). Por el contrario, aquellas personas con menos adaptabilidad tendrán mayor dificultad para hacer frente a situaciones de exclusión derivados de sus iguales en entornos de convivencia, ya que son personas inflexibles, que carecen de habilidades de resolución de conflictos o gestión de cambios (Méndez et al., 2019a).

Objetivo 3: "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de la víctima-agresora."

Atendiendo al 3 objetivo de nuestro estudio, nos propusimos analizar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de víctima-agresor. Este perfil se refiere al rol que asumen los sujetos que llevan a cabo la intimidación habiendo sido víctimas de bullying anteriormente (Lorenzo y Becoña, 2022).

Cabe señalar, que en nuestro estudio no encontramos una capacidad predictiva significativa de ninguna de las variables de nuestro estudio (inteligencia emocional, calidad de vida y variables sociodemográficas) para este perfil víctima-agresor en personas mayores. La mayoría de los estudios han resaltado que independientemente del tipo de rol asumido, los sujetos implicados en el acoso entre iguales tienen una peor calidad de vida (Bonifas, 2016; Botngård et al., 2020; Goodridge et al., 2017; Heylen, 2010; McDonals et al., 2015) y obtienen menores puntuaciones en inteligencia emocional (Cañas et al., 2020; Estévez y Gómez-Medina, 2018; García-Sancho et al., 2014; Peña-Casares y Aguaded-Ramírez, 2021; Rueda et al., 2021). Si bien es cierto que en la literatura no se ha investigado tanto el rol víctima-agresor (Garaigordobil y Oñederra, 2010; Rueda et al., 2021) como el resto de figuras implicadas en el fenómeno del bullying. En cuanto a variables sociodemográficas, la literatura indica que tienen mayor probabilidad de implicación en conductas de acoso personas mayores viudas o separadas, de distinta procedencia, con educativo bajo (Méndez et al., 2024) un estatus económico (Goodridge et al., 2017; Hancock y Pillemer, 2022) y con un menor apoyo social (Bonifas, 2016; Rex-Lear, 2011). Por tanto, pese a que la literatura es escasa en lo referido al rol víctima-agresor, nuestros resultados no se corresponderían con la literatura revisada.

Objetivo 4: "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil de la víctima (violencia verbal y agresión mediante armas)".

Nuestros resultados ponen de manifiesto que la procedencia como variable sociodemográfica, así como la adaptabilidad y el estado de ánimo, ambas relacionadas con la inteligencia emocional, tienen una capacidad predictiva significativa en la implicación en el perfil de víctima de acoso verbal y agresión física a través de objetos. Acorde con la literatura, aquellas personas con distinta procedencia tienen mayor probabilidad de sufrir acoso, esto es, ser víctima por parte de otros iguales, siendo el más frecuente el de tipo verbal (Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018; Sepe, 2015; VandeNest, 2016), así como ser víctima de otro tipo de agresiones físicas (Bonifas, 2016; Botngård et al., 2020; DeBois et al., 2019; Görgen et al., 2020; Jeffries et al., 2018) sobre todo a través de instrumentos de movilidad o utensilios del propio centro (Bonifas, 2016) como andadores, utensilios de cocina, bolsos, etc. (García-Munuera et al., 2024; Ruiz- Esteban et al., 2023).

En cuanto a la adaptabilidad, los resultados muestran una capacidad predictiva significativa positiva, lo que indica que a mayor adaptabilidad mayor probabilidad de una persona de sufrir acoso de tipo verbal o físico a través de objetos. Estos resultados no van en línea con la literatura, puesto que cabría esperar que, a mayor capacidad de adaptabilidad (Buenrostro-Guerrero et al., 2012; Pérez-Fuentes et al., 2018; Quinto-Medrano y Roig-Vila, 2015), tenga una mayor puntuación en inteligencia emocional y por tanto se vea menos implicado en este tipo de conductas (Cañas et al., 2020; Díaz-López et al., 2019; Estévez y Gómez-Medina, 2018; García-Sancho et al., 2014; Rueda et al., 2021). Cabe señalar que, Méndez et al. (2019b) encontraron que las puntuaciones elevadas en adaptabilidad se relacionaban con una mayor implicación en conductas de abuso entre iguales en población universitaria. Asimismo, aquellas personas con una gran flexibilidad cuentan con mayores estrategias para afrontar situaciones de abuso entre iguales tanto de forma física mediante objetos como verbal (Bonifas, 2016; Jeffries et al., 2018). Otro estudio, desarrollado por indicó que una adecuada adaptación familiar y personal estaba relacionada con una buena adaptación contexto y con una menor implicación en situaciones de intimidación (Aparisi et al., 2024).

En cuanto al estado de ánimo, como predictor del rol de víctima a través de la violencia verbal o mediante objetos entre personas mayores encontramos una capacidad predictiva significativa de carácter negativo, esto es, a mejor estado de ánimo menor implicación en conductas de acoso de tipo verbal y agresión usando objetos. Si lo comparamos con la literatura revisada, los resultados obtenidos van en concordancia con la misma, ya que, aquellas personas con alteraciones del estado de ánimo tenían una mayor probabilidad de ser víctimas de bullying, sobre todo de tipo verbal (Bonifas, 2016; Olweus, 2013). Además, aquellas personas que posean una mejor gestión emocional también tendrán puntuaciones más elevadas de inteligencia emocional, que está relacionado con una menor implicación en conductas de intimidación tanto asumiendo el rol de víctima como el de agresor (Cañas et al., 2020; Díaz-López et al., 2019; Estévez y Gómez-Medina, 2018; García-Sancho et al., 2014; Rueda et al., 2021); así como una adecuada regulación de emociones se asocia a una mayor victimización (Rey et al., 2018).

Objetivo 5: "Determinar la capacidad predictiva de las características sociodemográficas, la inteligencia emocional y la calidad de vida en el perfil del agresor".

Por último, nuestros resultados señalan para el rol de agresor encontramos como variables predictivas: la edad y las actividades de ocio y ocupacionales, relacionadas con factores sociodemográficos y calidad de vida, respectivamente. En nuestro estudio, no se encontró ningún componente que tuviese un valor predictivo considerable relacionado con inteligencia emocional, algo que no va acorde a lo esperado en la literatura revisada, ya que diversos estudios sugieren que los agresores tienen puntuaciones bajas en inteligencia emocional (Aguaded-Ramírez, 2021, Cañas et al, 2020; Esteve-Gómez y Medina, 2018; Rueda et al., 2021).

Atendiendo a la edad, nuestros resultados han mostrado que la edad es una variable que puede predecir el rol de agresor. Esto va en línea a lo esperado, ya que la literatura indica que a mayor edad mayor implicación en conductas de acoso (García-Munuera et al., 2024; Méndez et al., 2024). No obstante, en la literatura se señalan más factores sociodemográficos que pueden hacer que exista una mayor implicación en conductas de bullying, aunque no diferencian en función de los roles asumidos (Bonifas, 2016, García-Munuera et al., 2024; Goodridge et al., 2017; Hancock y Pillemer, 2022; Jeffries et al., 2018; Méndez et al., 2024).

Respecto a las actividades de ocio, encontramos que esta variable posee una capacidad predictiva negativa, lo que indica que las personas que asumen el rol de agresor tienden a ser menos participativos en las actividades de ocio y lúdicas que se llevan a cabo en los centros de convivencia. En este sentido, se ha visto en estudios realizados con población escolar que los agresores adoptan una actitud antisocial y que, en muchos casos, esta perdura a lo largo de toda la vida, además presentaban mayores tasas de absentismo y falta de motivación (Garaigordobil y Oñederra, 2010), por lo que en población se espera que estas personas que adoptan un rol agresivo hacia sus iguales tiendan a una participación menor en las actividades. Cabe destacar que las experiencias de ocio facilitan las relaciones personales con los demás. En este sentido las actividades de ocio pueden ser clave para facilitar la adopción de conductas socialmente responsables a los agresores basadas en el respeto y la empatía (Bonifas, 2016). Asimismo, podrían ser beneficiosas para aumentar las redes sociales de las víctimas y evitar o disminuir el aislamiento social (Rodríguez et al., 2021). Por otro lado, cabe destacar que aunque en nuestro estudio no se ha encontrado una capacidad predictiva

de los componentes de inteligencia emocional, existe una gran evidencia científica de que los agresores presentan déficits en los componentes de la inteligencia emocional, tales como empatía (Garaigordobil y Oñaderra, 2010; Imuta et al., 2022), comprensión y expresión emocional, que están estrechamente relacionadas con la calidad de vida y, más concretamente con las relaciones sociales y la participación social y en actividades lúdicas (Van Malderen et al., 2013). Finalmente, también cabe destacar que algunos estudios sobre acoso en personas mayores han destacado que una parte importante de estos abusos tienen lugar durante las actividades de ocupacionales y lúdicas que se realizan en los centros de convivencia (Lachs et al., 2016).

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

El capítulo anterior ha permitido ahondar en los resultados del estudio atendiendo a la revisión teórica planteada.

El presente capítulo abarca las principales conclusiones que es posible extraer de estudio realizado.

Se extraen las conclusiones para cada uno de los perfiles lo que permite ahondar en las características propias.

Por último, final de este apartado, se analizan y describen las conclusiones generales que se extraen de los resultados más significativos de nuestro estudio.

8.1. PRINCIPALES CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

El estudio ha permitido analizar cada uno de los objetivos específicos propuestos. De tal manera que vamos a extraer las principales conclusiones del estudio que se mencionan a continuación.

En primer lugar, esta investigación refleja una problemática social en los entornos de convivencia de personas mayores. Se hace evidente que el bullying entre personas mayores existe, así como la necesidad de implantación y desarrollo de estrategias y programas formativos de capacitación para el personal para detectar e intervenir eficazmente ante episodios de acoso, así como el entrenamiento de los usuarios de habilidades y conocimientos que promuevan un buen clima de convivencia. Crear una terminología precisa y menos ambigua facilitará avanzar en el estudio de esta problemática social y establecer modelos de actuación ante estos incidentes (Andresen y Buchanan, 2017).

En segundo lugar, en nuestro estudio se hace evidente que la mayor incidencia de conductas de acoso entre iguales se produce en forma de bullying relacional o social, verbal y otras formas de violencia indirectas. No observándose una incidencia significativa de formas físicas de acoso.

En tercer lugar, este estudio destaca la presencia de diversos roles en la implicación y mantenimiento de la problemática, estos son: el agresor, las víctimas, diferenciando las víctimas que sufren exclusión social, víctimas por violencia verbal o agresión mediante objetos y el rol de agresor-víctima, que no ha sido tenido en cuenta en anteriores investigaciones sobre abuso entre personas mayores pero que juega un papel importante en el mismo.

En cuarto lugar, el estudio ha puesto de manifiesto diversos componentes de la calidad de vida y la inteligencia emocional, así como diversas características sociodemográficas que tienen una capacidad predictiva en estos roles. En este sentido, se ha visto que para el rol de víctima (violencia verbal y agresión mediante objetos/armas) tiene una capacidad predictiva significativa la procedencia, el estado de ánimo general y la adaptabilidad, estas dos últimas relacionadas con la inteligencia emocional. Asimismo, para el rol de víctima por exclusión social se han encontrado como variables predictivas la procedencia, las actividades de ocio y la adaptabilidad, ambas relacionadas con la calidad de vida. Para el rol de víctima-agresor en nuestro estudio no se han encontrado variables con una capacidad predictiva significativa.

Por último, para el rol de agresor, se ha visto que la edad, como factor sociodemográfico y la participación en actividades de ocio y ocupacionales pueden predecir la implicación en conductas de bullying como perpetrador.

En resumen, este estudio señala que el acoso entre personas mayores en contextos de convivencia existe y tiene consecuencias negativas para los implicados como alteraciones del estado de ánimo, aislamiento y soledad, problemas de salud, etc. Además, este estudio deja entrever la importancia de elaborar e implantar estrategias que permitan desde un nivel organizacional, implicando al personal y a los familiares para prevenir, detectar e intervenir ante este tipo de incidentes, así como la importancia de la intervención con los propios usuarios de dichos centros sobre todo mediante el entrenamiento en HHSS como la comunicación asertiva, la empatía, el establecimiento de límites, etc., y la educación y gestión emocional con el objetivo de mejorar la convivencia y, por ende la calidad de vida de las personas mayores en centros de larga estancia, aulas de mayores y otros lugares de convivencia de personas mayores.

Por último, destacar que los conflictos pueden surgir de forma natural durante la convivencia, y no tiene por qué ser negativo siempre que no se cronifique y se realicen con respeto.

CAPÍTULO 9. APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Tras desarrollar las discusiones de nuestro estudio y señalar las conclusiones extraídas del mismo, el siguiente capítulo se divide en tres apartados.

En el primer apartado se desarrolla la aplicabilidad de nuestro estudio tanto a nivel teórico como práctico.

A lo largo del segundo apartado de este capítulo, se desarrollan las limitaciones que presenta nuestro estudio.

Y para finalizar, en el tercer apartado se indican las prospectivas o futuras líneas de investigación que proponemos teniendo en cuenta las carencias de nuestro estudio.

9.1. APLICABILIDAD

Actualmente es relevante la implicación de nuestro estudio tanto a nivel teórico, con el objetivo de facilitar la realización de futuras investigaciones, como práctico, puesto que pone de manifiesto una problemática social que afecta a la calidad de vida y bienestar de las personas mayores en el ámbito nacional.

Este estudio señala los problemas crónicos en la convivencia entre personas mayores en centros institucionalizados y analiza su relación con la inteligencia emocional y el impacto sobre la calidad de vida señalando aquellos factores que se predicen la implicación en el acoso entre iguales.

Por último, señala la necesidad de implantar estrategias eficaces para prevenir e intervenir en los diferentes contextos de convivencia de personas mayores con la implicación a nivel organizacional, familiar y de los propios usuarios.

9.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El envejecimiento de la población y la aceleración del ritmo en el que este cambio sociodemográfico se produce hace necesario el estudio de las variables que determinan un envejecimiento saludable y aseguran la calidad de vida a la población de adultos mayores.

Este estudio ha podido vislumbrar la existencia de problemas graves y crónicos de convivencia en entornos de interacción de personas mayores y como estos influyen en la calidad de vida e inteligencia emocional de la población mayor. Esta investigación no está exenta de limitaciones.

En primer lugar, el reducido tamaño de la muestra, debido a la dificultad y múltiples impedimentos de acceso a la misma tras el inicio de la pandemia por la COVID- 2019, dado la vulnerabilidad de las personas mayores ante el virus SARCOVS-2.

En segundo lugar, se trata de un estudio de tipo transversal. Hay que tener en cuenta que este tipo de estudios tienen una representatividad más limitada que aquellos de tipo longitudinal.

En tercer lugar, solo se ha tenido en cuenta el juicio de los usuarios de centros de día, residencias y aula de mayores. Además, el estudio se circunscribe a una comunidad autónoma

por lo que los datos, si bien muestran una tendencia en este ámbito, no son extrapolables al ámbito nacional e internacional.

En cuarto lugar, en nuestro estudio hemos tenido en cuenta diversas variables sociodemográficas y variables dependientes, en este caso Inteligencia Emocional y Calidad de Vida. Sin embargo, cabe destacar que existen un amplio abanico de variables que entran en juego en el fenómeno del bullying que sería interesante analizar y no se han tenido en cuenta como por ejemplo el estado de salud mental y las estrategias de afrontamiento en función del género (Jeffries et al., 2018), la resiliencia (García-Munuera et al., 2024), otras manifestaciones del bullying como acoso sexual (Botngård et al., 2020), por discapacidad o por problemas psicopatológicos, entre otros. Así como, algunas características sociodemográficas que no hemos considerado en este estudio, por ejemplo, si el centro era privado o público (Jeffries et al., 2018) o el estatus económico.

Por último, cabe destacar que, al utilizar medidas de autoinforme, las respuestas pueden estar influidas por la deseabilidad social, sentimientos de miedo y vergüenza de los sujetos al desvelar que ha propiciado o ha sido víctima de acoso por parte de o hacia otro usuario, así como la incapacidad tales conductas como el desconocimiento de muchos mayores de esta problemática social (Bonifas, 2016). En este sentido, podría ser que la prevalencia de las conductas de acoso sea mayor que lo que nuestro estudio refleja.

9.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta las carencias que presenta nuestro estudio sería interesante seguir profundizando en el conocimiento sobre la temática en futuras líneas de investigación, atendiendo a las limitaciones señaladas en el anterior apartado. Por lo tanto, nos planteamos las prospectivas que mencionamos a continuación.

En primer lugar, sería interesante llevar a cabo estudios de tipo longitudinal (Zhong et al., 2021; Zych et al., 2018) sobre este fenómeno ya que permitiría un seguimiento de las consecuencias del bullying en la tercera edad más exhaustivo y a largo plazo, así como un mayor conocimiento para establecer estrategias de prevención e intervención eficaces.

En segundo lugar, además de valorar la opinión de la incidencia sobre este fenómeno a población mayor, sería interesante realizar valoraciones de la prevalencia del bullying al personal que trabaja en estos centros (Görgen et al., 2020), sobre todo para conocer las

estrategias de afrontamiento ante situaciones de acoso (Andresen y Buchanan, 2017), así como a los familiares de los usuarios.

En tercer lugar, sería interesante, ampliar las regiones geográficas de la muestra para poder generalizar los resultados a la población de adultos mayores institucionalizados (García-Munuera et al., 2024).

Por otro lado, sería interesante tener en cuenta otras variables para ver su influencia con respecto al fenómeno de acoso entre iguales como la autoestima, la depresión, ansiedad o resiliencia, entre otras. Así mismo, como prospectivas señalamos el aumento del tamaño de la muestra, así como recoger los datos en diferentes regiones para obtener unos resultados más representativos. Por otro lado, sería interesante estudiar la influencia de otros factores como el estatus socio económico, la religión, patologías de salud y enfermedades crónicas, el uso de apoyos técnicos para la movilidad, visión o audición; ya que las personas objeto de bullying, la mayoría de las ocasiones presentan discapacidad o precisan de ayudas técnicas para su día a día (Bonifas, 2016). A este respecto, también sería interesante analizar las zonas de los centros donde se producen más incidentes de acoso y el momento del día en el que son más comunes (Ferrah et al., 2015; Mcdonals et al., 2015) y la influencia del proceso de adaptación a la dinámica del centro en el acoso entre personas mayores (Aparisi et al., 2024).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abades Porcel, M. y Rayón Valpuesta, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿Un reto o un problema social? *Gerokomos, 23*(4), 151-155. https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002.

Abner, E. L., Teaster, P. B., Mendiondo, M. S., Ramsey-Klawsnik, H., Marcum, J. L., Crawford, T. N. y Wangmo, T. (2019). Victim, Allegation, and Investigation Characteristics Associated With Substantiated Reports of Sexual Abuse of Adults in Residential Care Settings. *Journal of Interpersonal Violence*, *34*(19), 3995-4019. https://doi.org/10.1177/0886260516672051.

Abregú-Crespo, R., Garriz-Luis, A., Ayora, M. y Martín-Martínez, N., Cavone, V., Carrasco, M.A., Fraguas, D., Martín-Babarro, J., Arango, C. y Días-Caneja, C.M. (2024). School bullying in children and adolescents with neurodevelopmental and psychiatric conditions: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet child & Adolescent Health, 8*(2), 122-134. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00289-4.

Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K. y Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. *Aging Clinical and Experimental Research, 34*(6), 1215-1223. https://doi.org/10.1007/s40520-021-02049-w.

Acevedo Alemám, J. y Cuellar Fermín, K.C. (2020). El lado oculto del bullying. Los espectadores. Retos del trabajo social. *Comunitaria: Revista Internacional de trabajo social y ciencias sociales, 19*, 9-27. https://doi.org/10.5944/comunitania.19.1.

Acervedo Alcaraz, E. (2014). Calidad de vida de los mayores que viven institucionalizados en residencias para mayores: Un análisis cuantitativo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 4*(3), 225-234. https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i3.70.

Aguayo-Muela, A.C. y Aguilar-Luzón, M.C. (2017). Principales resultados de investigación sobre Inteligencia Emocional en Docentes Españoles. *Reidocrea, 6*(15), 170-193. https://doi.org/10.30827/Digibug.45497.

Algase, D.L., Beck, C., Kolawnowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K. y Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior (NDB): An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 11*(6), 10-19. https://doi.org/10.1177/153331759601100603.

Alraddadi, K. (2022). Prevalence and Risk Factors of Elder Mistreatment in Sheltered Homes. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(3-4), 1588-1603. https://doi.org/10.1177/0886260520922354.

Alon, S., Lang, B. y Band-Winterstein, T. (2022). Do Training Programs Promote Identification And Treatment In Cases Of Elder Abuse In Long Term Care (LTC) Facilities? *Educational Gerontology, 48*(8), 355–367. https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2041535.

Alvarado, A.M. y Salazar, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos, 25*(2), 57-62. https://doi.org/ 10.4321/S1134-928X2014000200002.

Andresen, F.J. y Buchanan, J.A. (2017). Bullying in Senior Living Facilities: Perspectives of Long-Term Care Staff. *Journal of Gerontological Nursing, 43*(7), 34-41. https://doi.org/10.3928/00989134-20170126-01.

Antoñanzas, J.L., Ayllón, E., Moyano, N. y Cano, J. (2022). School Factors Associated with Perpetrators and Victims of Direct and Indirect Bullying among Adolescents. *Universitas Psychologica*, *21*, 1-14. https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy21.sfap.

Aparisi, D., Delgado, B. y Bo, R.M. (2023). Explanatory model of cyberbullying, cybervictimization, aggressiveness, social anxiety, and adaptation to university: a structural equation analysis. *Journal of Computers in Education.* https://doi.org/10.1007/s40692-023-00308-5.

Araya-Marín, N., Barrantes-Valverde, K., Fernández-Castro, M., Rodriguez-Rodriguez, M. y García-Castro, J.D. (2018). Propiedades psicométricas del cuestionario de salud sf-36 en estudiantes universitarios de Costa Rica. *InterSedes. 18*(38), 68-87. https://doi.org/10.15517/isucr.v18i38.32670.

Baltes, P.B., y Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P.B. Baltes y M.M. Baltes (Eds.): *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-35). Cambridge University Press.

Benson J. (2012) Relational aggression and subjective wellbeing in independent senior living communities. *Mather Lifeways*, 1–9. https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501059.

Bermúdez, A.M., Méndez, I. y García-Munuera, I. (2017). Inteligencia emocional, calidad de vida y alexitimia en personas mayores institucionalizadas. *European Journal of Health Research, 3*(1), 17-25.

Binet, A. (1910). Nouvelles recherchés sur la me-sure du niveau intelletuel chez les enfants d'école. *Année Psichologiche, 17*, 145-201.

Bisquerra, R. (2016). *10 ideas clave. Educación emocional.* Graó.

Baltes, P. B. y Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the oung old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology, 49*(2), 123-135. https://doi.org/10.1159/000067946.

Baldry, A. C., Sorrentino, A. y Farrington, D. P. (2019). Cyberbullying and cybervictimization versus parental supervision, monitoring and control of adolescents' online activities. *Children and Youth Services Review, 96,* 302–307. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.11.058.

Bar-On, R. y Parker, J.D.A. (2000). *Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQi:YV): Technical manual.* Multi-Health Systems.

Bloemen, E.M, Rosen, T., LoFaso, V., Lasky, A., Church, S., Hall, P. Weber, T. y Clark, S. (2019). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults' Experiences With Elder Abuse and Neglect. *Journal American Geriatrics Society, 67*(11), 2338-2345. https://doi.org/10.1111/jgs.16101.

Bonifas, R.P. (2015). The prevalence of Elder Bullying and Impact on LGBT Elder. En Harley D.A. y Teaster, P.B. (Eds.), *Handbook of LGBT Elders. An Interdisciplinary Approach to Principles, Practices, and Policies.* (pp. 359-372). Springer.

Bonifas, R.P. (2016). *Bullying Among Older Adults.* Health Professions Press.

Bonifas, R.P. y Frankel, M. (2012, March). *It is bullying? Strategies for assessing and intervening with older adults.* America Conference of the American Society on Aging, Washington.

Bonifas, R.P. y Valderrama, J. (2016). Understanding bullying among older adults. What do we know? En Bonifas, R.P. (Ed.) *Bullying among older adults: how to recognize and address unseen epidemic.* (pp. 17-82). Health Professions Press.

Botero de Mejía, B.E. y Pico, M.E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud, 12*(1), 11-24.

Botngård, A., Henning Eide, A., Mosqueda, L. y Malmedal, W. (2020). Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: cross-sectional exploratory study. *BMC Geriatrics, 20*(222), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01623-7.

Buedo-Guirado, C., Rubio, L., Dumitrache, C.G. y Romero-Coronado, J. (2020). Active aging program in nursing homes: effects on psychological well-being and life

satisfaction. *Psychosocial Intervention, 29*(1), 49-51. https://dx.doi.org/10.5093/pi2019a18.

Bravo Hernández, N., Noa Garbey, M., Gómez Lloga, T. y Soto Martínez, J. (2018). Repercusión del envejecimiento en la calidad de vida de los adultos mayores. *Revista Información Científica, 97*(3), 596-605.

Brearley, C. P. (2023). *Working in residential homes for elderly people*. Taylor & Francis.

Bugallo Carrera, C., Gandoy Grego, M. y Gómez Cantorna, C. (2014), La calidad de vida de los sujetos usuarios de un centro social de personas mayores. *Gerokomos, 25*(3), 103-106. https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000300004.

Cabello, R., Ruiz-Aranda, D. Salguero, J.M. y Castillo, R. (2009). Propiedades psicométricas del cuestionario ERQ de regulación emocional en una muestra española. En P. Fernández-Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruiz-Aranda, J.M. Salguero & R. Cabello (Coord). *Avances en el estudio de la inteligencia emocional* (pp. 15-20). Fundación Marcelino Botín.

Cabello, R., Sorrel, M. A., Fernández-Pinto, I., Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2016). Age and gender differences in ability emotional intelligence in adults: A cross-sectional study. *Developmental Psychology, 52*(9), 1486–1492. https://doi.org/10.1037/dev0000191.

Cantos Mengs, M. (2018). *Hacia otra forma de envejecer: estereotipos y realidades de la vejez en España.* Universidad Complutense de Madrid.

Cano-Echeverri, M.M. y Vargas-González, J.E. (2018). Actores del acoso escolar. *Revista médica Risaralda, 24*(1), 60-66.

Cañas, E., Estévez, E., Martínez-Monteagudo, M.C. y Delgado, B. (2020). Emotional adjustment in victims and perpetrators of cyberbullying and traditional bullying. *Social Psychology of Education, 23*(4), 917-942. https://doi.org/10.1007/s11218-020-09565-z.

Casado Marin, D. y López-Canovas, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro.* Fundación la Caixa.

Caspi, E. (2016). Deaths as a result of resident-to-resident altercations in dementia in long-term care homes: A need for research, policy, and prevention. *Journal of the American Medical Directors Association*, *17*(1), 7-11. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.10.003.

Carbonell Bernal, N., Sánchez Esteban, S. y Cerezo Ramírez, F. (2014). Estimulación de la inteligencia emocional como prevención del fenómeno bullying en alumnos víctimas.

International Journal of Developmental and Educational Psychology. 6(1), 427-430. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v6.762.

Carcavilla González, N., García Meilán, J. J., Carro Ramos, J., Martínez Nicolás, I. y Llorente, T. E. (2021). Desarrollo de una escala de calidad de vida subjetiva en residencias de personas mayores (CVS-R). *Revista Española de Salud Pública*, *95*(1), 1-13.

Carrera Núñez, M., Besa Gutiérrez, M. R. D., Gómez Pérez, A. y Román Graván, P. (2012). Los programas educativos innovadores de las Aulas de Mayores. *II Jornadas de Innovación Docente de la Facultad de Ciencias de la Educación. Prácticas innovadoras en docencia universitaria*. Sevilla: Universidad de Sevilla, Facultad de Ciencias de la Educación, Vicedecanato de Innovación Docente y Calidad.

Carp, F.M. (1987). Environment and Aging. En Stokols, D. y Altman, I. (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology Volumen 1*. John Wiley & Sons.

Casas, J.A., Del Rey, R. y Ortega-Ruiz, R. (2013). Bullying and cyberbullying: convergent and divergent predictor variables. *Computer Human Behavior*, 29, 580–587.

Caypa Altare, A.G. y Redondo Cano, A. (2020). Calidad del servicio en residencias para mayores. Análisis de un caso en la comunidad valenciana. *Gerokomos 31*(3),136-140. .https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2020000300003.

Cerezo, F. (2009). *La violencia en las aulas. Análisis y propuestas de intervención*. Pirámide.

Cerezo, F. y Méndez, I. (2012). Conductas de riesgo social y de salud en adolescentes. Propuesta de intervención contextualizada para un caso de bullying. *Anales de Psicología, 28* (3), 705-719.

Cerezo, F. y Méndez, I. (2013). Agresores en bullying y conductas antisociales. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 3*(1), 5-14.

Ciarrochi, J. V. y Deane, F. P. (2001). Emotional competence and willingness to seek help from professional and nonprofessional sources. *British Journal of Guidance and Counselling*, *29*(2), 233–246. https://dx.doi.org/10.1080/03069880124843.

Chamarro, A. y Oberst, U. (2004). Modelos teóricos en Inteligencia emocional y su medida. *Aloma: revista de psicologia, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna, 14*, 209-217.

Chico, E. (1999). Evaluación psicométrica de una escala de Inteligencia Emocional. *Boletín de Psicología, 62,* 65-78.

Clemente, A. J., Carrascosa, L., Ortega-Barón, J. y Iranzo, B. (2019). Cyberbullying: diferencias en función del sexo y curso académico. Revista INFAD de Psicología.

International Journal of Developmental and Educational Psychology, 3(1), 585-594. http://hdl.handle.net/10662/11394.

Contreras-Piqueras, A.E., Ruiz- Esteban, C. y Méndez, I. (2023). Cyberbullying and Psychopathological Behaviors in Spanish Secondary Education Students. *Healthcare, 11*(24), 1-10. https://doi.org/10.3390/healthcare11243162.

Cuenca, M. (2000). *Ocio humanista: dimensiones y manifestaciones actuales del ocio.* Universidad de Deusto.

Cuesta Ruiz-Clavijo, A.B. y Raya Diez, E. (2023). Study of social planning for the elderly in Spain in the period 2013. *Revista internacional de trabajo social y bienestar, 12,* 39-51. https://dx.doi.org/10.6018/azarbe.586491.

Cruz-Díaz, R., Moreno Crespo, P.A. y Rebolledo Gámez, T. (2013). Formación universitaria de mayores. Un análisis del "Aula abierta de mayores" desde la perspectiva del alumnado. *Hekademos: Revista Educativa Digital, 14*(4), 41-51.

DeBois, K.A., Evans, S.D. y Chatfield, S.L. (2019). Resident-to-Resident Aggression in Long-Term Care: Analysis of Structured and Unstructured Data From the National Violent Death Reporting System, 2003-2016. *Journal of Applied Gerontology, 39*(10), 1069-1077. https://doi.org/10.1177/0733464819863926.

Depp, C.A. y Jeste, D.V. (2006). Definitions and predictors of successful ageing: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(1), 6-20. https://dx.doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc.

Del Barrio Truchado, E., Marsillas Rascado, S. y Sancho Castiello, M. (2018). Del envejecimiento activo a la ciudadanía activa: el papel de la amigabilidad. *Aula Abierta, 47*(1), 37-44. https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.37-44.

De la Villa Moral Jiménez, M. (2017). Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad. *Universitas Psychologica*, *16*(1), 157-175. https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.pips

De la Villa Moral Jiménez, M. y Ganzo Salamanca, S. (2018). Influencia de la inteligencia emocional en la satisfacción laboral en trabajadores españoles. *Psicología desde el Caribe, 35*(1), 18-32. http://dx.doi.org/10.14482/psdc.33.2.7278.

Delgado, B. y Escortell, R. (2018). *Sex and grade differences in cyberbullying of Spanish students of 5th and 6th grade of Primary Education*. Anales de psicología, *34*(3), 472-481. https://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.3.283871.

Delhom, I., Satorres, E. y Mélendez, C. (2020). Can we improve emotional skills in older adults? Emotional intelligence, life satisfaction and resilience. *Psychosocial Intervention, 29*(3), 133-139. https://dx.doi.org/10.5093/pi2020a8.

Delhom, I. (2019). *Inteligencia emocional durante el envejecimiento*. Universidad de Valencia.

Delhom, I., Gutiérrez, M., Mayordomo, T. y Melendez, J.C. (2018). Does emotional intelligence predict depressed mood? A structural equation model with elderly people. *Journal of Happiness Studies, 19*, 1713-1726.

Díaz- López, A., Rubio-Hernández, F.J. y Carbonell-Bernal, N. (2019). Efectos de la aplicación de un programa de inteligencia emocional en la dinámica de bullying. Un studio piloto. Revista de psicología y Educación, 14 (2),124-135. https://doi.org/10.23923/rpye2019.02.177.

Duque F., L.M., Ornelas C., M. y Benavides P., E.V. (2020). Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión. *Psicología y Salud, 30*(1), 45-57.

Ellis, J. M., Teresi, J. A., Ramirez, M., Silver, S., Boratgis, G., Kong, J., Eimicke, J. P., Sukha, G., Lachs, M.S. y Pillemer, K.A. (2014). Managing resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes: the search approach. *Journal of Continuing Education in Nursing, 45*(3), 112-121. https://doi.org/10.3928/00220124-20140223-01.

Ellis, J. M., Ayala Quintanilla, B. P., Ward, L. y Campbell, F. (2018). Implementation and evaluation of an education programme for nursing staff on recognising, reporting and managing resident-to-resident elder mistreatment in aged care facilities. *Journal of advanced nursing*, 75(1), 187-196. https://doi.org/10.1111/jan.13819.

Estévez, C. Carrillo, A. y Gómez-Medina, M.D. (2018). Inteligencia Emocional y bullying en escolares de primaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD, 1* (1), 227- 238. 10.17060/ijodaep.2018.n1.v1.1200.

Estévez, E., Estévez, J.F., Segura, L. y Suárez, C. (2019). The Influence of Bullying and Cyberbullying in the Psychological Adjustment of Victims and Aggressors in Adolescence. I*nternational Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 2080. https://doi.org/10.3390/ijerph16122080

Fernández, A., García, J.L. y Pérez, F. (2014). Los Programas Universitarios de Mayores y su contribución al aprendizaje a lo largo de la vida. *Revista Complutense de Educación*, *25*(2), 521-540. https://doi.org/10.5209/rev_RCED.2014.v25.n2.42058.

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*(3), 751-755. https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755.

Fernández Berrocal, P. y Extremera Pacheco, N. (2005a). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 19*(3), 63-93.

Fernández-Berrocal, P. y Extremera Pacheco, N. (2005b). About emotional intelligence and moral decisions. *Behavioral and Brain Sciences, 28*, 548-549. https://doi.org/10.1017/S0140525X05280093.

Fernández-Ballesteros, R. y Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez (Quality of life in the elderly). *Revista de Intervención Psicosocial, 5,* 77–94.

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología, 73,* 89-104.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología.* Pirámide Psicología.

Fernández-Ballesteros García, R., Zamarrón Casinello, M. D., López Bravo, M. D., Molina Martínez, M. Á., Díez Nicolás, J., Montero López, P. y Schettini del Moral, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, *22*(4), 641–647.

Fernández-Ballesteros, R. F. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology, 7*(1), 22-30.

Fernández-Ballesteros, R. F. (2023). Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive. *Encuentros multidisciplinares*, *25*(75), 1-25.

Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Frades-Payo, B., Martínez-Martín, P. y Forjaz, M. J. (2011). La calidad de vida de los mayores nominada y evaluada por ellos mismos a partir del instrumento SEIQoL-DW. En F. Rojo Pérez y G. Fernández-Mayoralas (Eds.), *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida.* (pp. 83-112). Fundación BBVA.

Fernández Mayoralas, G., Schettini, R., Sánchez Román, M., Rojo Pérez, F., Agulló, M. S. y Joao Forjaz, M. (2018). El papel del género en el buen envejecer. Una revisión sistemática desde la perspectiva científica. *Revista Prisma Social, 21*, 149-176.

Fernández Rodríguez, E. y Sánchez Gómez, C. (2014). Estudio de la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado. *Revista TOG, 11*(20), 1-14.

Ferrah, N., Murphy, B.J., Ibrahim, J.E., Bugeja, L.C., Winbolt, M., LoGiudice, D., Flicker, L. y Ranson, D.L. (2015). Resident-to-resident physical aggression leading to injury in nursing homes: a systematic review. *Age and Ageing*, *44*(3), 356-364. https://doi.org/10.1093/ageing/afv004.

Figueroa, L., Soto Carballo, D. y Santos Fernández, N. A. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, *20*(1) 47-53.

Flores Tena, M., Ortega Navas, M.C. y Sousa Reis, C. (2019). El envejecimiento activo y la inteligencia emocional en las personas mayores. *Familia, 57,* 125-137.

Fundación ANAR y Fundación Mutua Madrileña (2023). *La opinión de los/as estudiantes. V Informe de Prevención del Acoso Escolar en Centros Educativos.* Fundación ANAR y Fundación Mutua Madrileña. https://www.anar.org/anar-y-mutua-madrilena-presentan-el-v-informe-la-opinion-de-los-estudiantes-sobre-acoso-escolar

Fundación Pasqual Maragall (2019). *Demencia y agresividad: cómo manejar el comportamiento agresivo.* https://blog.fpmaragall.org/demencia-y-agresividad.

Fundación Paqual Maragall (2022). *Envejecimiento saludable y calidad de vida de los adultos mayores en España y Europa.* https://blog.fpmaragall.org/envejecimiento-saludable.

Fundación HelpAge Internacional España (2021). *Los derechos humanos de las personas mayores en España: la igualdad de trato y no discriminación por razón de edad.* Madrid.

Gaeta González, M. L., Martínez Otero Pérez, V., Vega, M. R. y Gómez, M. R. (2020). Problemas de convivencia escolar desde la mirada del alumnado de educación secundaria. *Estudios pedagógicos Valdivia*, *46*(2), 341-357. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052020000200341.

Garaigordobil, M. y Oñederra, J.A. (2010*). La violencia entre iguales. Revisión teórica y estrategias de intervención.* Ojos solares, Pirámide.

Garaigordobil, M. (2015). Ciberbullying en adolescentes y jóvenes del país vasco: Cambios con la edad. *Anales de psicología, 31*, 1069-1076. https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.179151.

Garaigordobil, M., Martínez-Valderrey, M. y Machimbarrena, J.M. (2017). Intervención en el bullying y cyberbullying: Evaluación del caso Martín. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentres, 4*(1), 25-32.

García Campanario, I., O' Ferrall González, C., Valinthout, L. y Viñolo Gil, M.J. (2024). Calidad de vida, actividad física y dieta mediterránea en alumnos del Aula de Mayores

de la Universidad de Cádiz, *Retos, 53*, 514-520. https://doi.org/10.47197/retos.v53.101881.

García Fernández, M. y Giménez-Mas, S.I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, *3*(6), 43-52.

García-Fernández, C. M., Romera-Félix, E. M. y Ortega-Ruiz, R. (2015). Explicative factors of face-to-face harassment and cyberbullying in a sample of primary students. *Psicothema, 27*(4), 347-353. https://doi.org/10.7334/psicothema2015.35

García González, A.J. y Froment, F. (2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación, 33*, 3-9.

García-Munuera, I.M., Méndez, I., Ruiz-Esteban, C. y Martínez-Ramón, J.P. (2024). Comparative study of coexistence problems among institutionalized elderly people versus senior classroom. *Revista psicología de la salud, 12*(1), 198-208. https://doi.org/10.21134/pssa.v12i1.117.

García Navarro, R. M., Guillamón Ayala, J. A. y Martínez Pérez, B. (2024). Estructuras discursivas de los programas de prevención del Bullying en España. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales, 19*(1), 89-108. https://doi.org/10.14198/obets.24213.

García Núñez, J.A. y Morales González, J.M. (2004). *Psicomotricidad y Ancianidad.* Ciencias de la educación preescolar y especial.

García-Sevilla, J., Méndez, I., Bermúdez, A.M., García-Munuera, I. y Clemente, Y. (2016). Alexitimia y disfrute de la vida en mayores institucionalizados versus aula de mayores. *European Journal of Health Research, 2*(3), 95-103. https://dx.doi.org/10.1989/ejhr.v2i3.37.

García- Peña, J.J., Moncada Ortiz, R.M. y Quintero Gil, J. (2013). El bullying y el suicidio en el escenario universitario. *Revista colombiana de ciencias sociales, 4,* 298-310.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligence* (10th anniversary ed.). Basic Books.

Galton, F. (1885). On the anthropometric labora-tory at the late international health exhibi-tion. *Journal of Anthropological Institute, 14*, 205-219.

Gázquez, J. J., Pérez Fuentes, M.C., Molero M.M., y Mercader, I. (2015). Inteligencia Emocional Y Calidad De Vida Del Cuidador Familiar De Pacientes Con

Demencia. *Revista de Comunicación y Salud*, *5*(1), 1-15. https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2015.5(1).1-15.

Gelpi, G. (2019). Ser víctima de bullying homofóbico en uruguay las voces de varones adolescentes de Montevideo. *Revista de la Escuela de Ciencias de la Educación, 14*(1), 65-82. https://dx.doi.org/10.35305/rece.v1i14.406.

Giménez Gualdo, A.M., Arnaiz Sánchez, P. y Maquilón Sánchez, J.J. (2013). Causas, medios y estrategias de afrontamiento en la agresión online en escolares de Murcia (España). *Texto Livre Linguagem e Tecnologia, 6*(2), 1-17. https://dx.doi.org/10.17851/1983-3652.6.2.2-18.

Giménez Gualdo, A. M., Maquilón Sánchez, J. J. y Arnaiz Sánchez, P. (2015). Usos problemáticos y agresivos de las TIC por parte de adolescentes implicados en cyberbullying. *Revista de Investigación Educativa*, *33*(2), 335–351. https://dx.doi.org/10.6018/rie.33.2.199841.

Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional.* Kairós.

Gómez, L.E., Verdugo, M.A., Arias, B. y Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: La Escala FUMAT. *Intervención Psicosocial, 17*(2), 189-199.

González Casas, D., Ducca Cisneros, L. V. y García Román, C. (2020). La incidencia del apoyo social comunitario en la calidad de vida de personas con discapacidad. *Siglo Cero*, *51*(3), 83-103. https://doi.org/10.14201/scero202051383103.

Gonzalo, E. y Pasarín (2004). La salud de las personas mayores. *La Gaceta Sanitaria, 18*(4), 69-80. https://dx.doi.org/10.1157/13062253.

Goodridge, D., Heal-Salahub, J., PausJenssen, E., James, G. y Lidington, J. (2017). Peer bullying in seniors' subsidised apartment communities in Saskatoon. *Health Social Care Community, 25*(4), 1939-1447. https://doi.org/10.1111/hsc.12444.

Görgen, T., Nowak, S., Reinelt-Ferber, A., Jadzewski, S., Taefi, A., Gerlach, A. y Heydenbluth, C. (2020). *Aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen als Herausforderung für die pflegerische Aus- und Fortbildung.* Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Gross, J.J. y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85,* 348-362. https://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348.

Guerrero Romera, C. y Molina Jover, A. (2024). *Envejecimiento y personas con discapacidad intelectual. Guía de recursos y actividades*. Octaedro Editoral.

Gutiérrez, N. (2019). Identificación de las características personales y contextuales atribuidas a las víctimas y a los agresores desde la visión del profesorado en formación. *Revista de Currículum y formación del profesorado, 23* (1), 351-374. https://doi.org/10.30827/profesorado.v23i1.9158.

Gutiérrez Ángel, N. (2019). Análisis bibliográfico de las características y consecuencias de los roles desempeñados en la violencia escolar: agresores, víctimas y observadores. *Apuntes de Psicología, 36*(3), 181–190.

Harmell, A., Jeste, D. y Deep, C. (2014). Strategies for successful aging: A research update. *Current Psychiatry Report, 16*(10), 476–482. https://dx.doi.org/0.1007/s11920-014-0476-6.

Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *Gerontologist, 1*, 8-13. https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8.

Hernández, M., Rodríguez, M. y Luciano, M.C. (2011). Contextual control and generalization of say-do correspondence. *A preliminary study. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*(2), 269-284.

Heylen, L. (2010). The older, the lonelier? Risk factors for social loneliness in old age. *Ageing and Society, 30*(7), 1177-1196. https://dx.doi.org/10.1017/S0144686X10000292.

Jackson, J.S., Knight, K.M. y Rafferty, J.A. (2010). Race and unhealthy behaviors: chronic stress, the HPA axis, and physical and mental health disparities over the life course. *American Journal of Public Health, 100*(5), 933-939. https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.143446 .

Jones, C. (2015). *Certified Nursing Assistants' Experiences Regarding Resident-to-Resident Bullying in Nursing Homes*. Walden University.

Kahana, E. y Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18–40). Springer Publishing Company.

Kahana, E. y Kahana, B. (2001). Successful aging among people with HIV/AIDS. *Journal of Clinical Epidemiology, 54*(12), 53-56. https://doi.org/10.1016/S0895-4356(01)00447-4 .

Kong, F., Gong, X., Sajjad, S., Yang, K. y Zhao, J. (2019). How is emotional intelligence linked to life satisfaction? The mediating role of social support, positive affect and

negative affect. *Journal of Happiness Studies, 20,* 2733-2745. https://doi.org/10.1007/s10902-018-00069-4.

Hancock, D. y Pillemer, K. (2022). Global Review of Elder Mistreatment Research. A narrative Review. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry, 36*(3), 127-134. https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000299.

Hoyos De Los Ríos, O.L., Llanos, M. y Valega, S. (2014). El maltrato entre iguales por abuso de poder en el contexto universitario: incidencia, manifestaciones y estrategias de solución. *Universitas Psychologica, 11*(3), 793-802. https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy11-3.miap.

Huenchuan, S., Soto de la Rosa, H., Gutiérrez, E. y Lamotte, C. (2021). *Envejecimiento y vejez. Caja de herramientas. Promoviendo la igualdad: el aporte de las políticas sociales en América Latina y el Caribe* (p. 115-129). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). https://www.cepal.org/es/publicaciones/47122-caja-herramientas-promoviendo-la-igualdad-aporte-politicas-sociales-america.

Huesa Andrade, M., Calvo-Gallego, J.L., Pedregal González, M.A. y Bohórquez Colombo, P. (2020). Diferencias entre pacientes institucionalizados y pacientes en atención domiciliaria en la provincia de Sevilla. *Atención primaria, 52* (7), 488-495.

IMSERSO. (2018). *Informe 2018. Las personas mayores en España.* https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/informe-2018-personas-mayores-espana.

Imuta, K., Song, S., Henry, J. D., Ruffman, T., Peterson, C. y Slaughter, V. (2022). A meta-analytic review on the social–emotional intelligence correlates of the six bullying roles: Bullies, followers, victims, bully-victims, defenders, and outsiders. *Psychological Bulletin, 148*(3-4), 199-226. https://doi.org/10.1037/bul0000364.

INE (2022). *Los Mayores a un clic.* https://imserso.es/espacio-mayores/estadisticas/mayores-un-clic#:~:text=M%C3%A1s%20del%2056%25%20de%20las,de%20enero%20de%202022%20INE%20.

Inga Aranda, J. y Vara Horna, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima- Perú. *Universitas Psychologica, 5*(3),475-485.

Íñiguez-Berrozpe, T., Cano-Escoriaza, J., Cortés-Pascual, A. y Elboj-Saso, C. (2020). Modelo estructural de concurrencia entre bullying y cyberbullying: víctimas, agresores y espectadores. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 171: 63-84. http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.171.63

Ira, K. (2018). *Bullying in Senior Living Facilities: Resident Perspectives.*Minnesota State University, Makato.

Iwamasa, G. e Iwasaki, M.A. (2011). New Multidimensional Model of Successful Aging: Perceptions of Japanese American Older Adults. *Journal Cross Cultural Gerontology, 26*(3), 261-278. https://doi.org/10.1007/s10823-011-9147-9

Iwarsson, S., Hans-Werner, W., Nygren, C., Oswald, F. Sixsmith, A., Sixsmith, J., Széman, Z. y Tomsone, S. (2007). Importance of the Home Environment for Healthy Aging: Coneptual and Methodological Background of the European ENABLE-AGE Project. *The Gerontologist, 47*(1), 78-84. https://doi.org/10.1093/geront/47.1.78

Izal, M. y Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicología, 6*(2), 181-198.

Jain, B., Willoughby, M., Winbolt, M., Lo Giudice, D. y Ibrahim, J. (2018). Stakeholder perceptions on resident-to-resident aggression: implications for prevention. *Australian Health Review. 42*(6), 680-688. https://doi.org/10.1071/AH17282

Jeffries, H., Slovak, K. y Huston, S. (2018). Measuring and Addressing Elderly Bullying in a Senior Residential Community. *The Journal of Sociology & Social Welfare, 45* (3), 141-161. https://doi.org/10.15453/0191-5096.4219.

Jiménez, R. (2019). Multiple victimization (traditional bullying and cyberbullying) in Primary Education in Spain and associated school variables from a gender perspective. Multidisciplinary *Journal of Educational Research, 9*(2), 169-192. https://doi.org/10.4471/remie.2019.4272

John, A., Lee, S. C., Puchades, A., Del Pozo-Baños, M., Morgan, K., Page, N., Moore, G. y Murphy, S. (2023). Self-harm, in-person bullying and cyberbullying in secondary school-aged children: A data linkage study in Wales. *Journal of Adolescence*, *95*(1), 97-114. https://doi.org/10.1002/jad.12102.

Lachs, M. S., Teresi, J. A., Ramirez, M., van Haitsma, K., Silver, S., Eimicke, J. P., Boratgis, G., Sukha, G., Kong, J., Besas, A. M., Luna, M. R. y Pillemer, K. A. (2016). The Prevalence of Resident-to-Resident Elder Mistreatment in Nursing Homes. *Annals of internal medicine, 165*(4), 229–236. https://doi.org/10.7326/M15-1209.

Lazarus, R. S. y Lazarus, B. N. (2006). *Coping with aging.* Oxford University Press.

Leboeuf, R., Falardeau, M.C. y Beaulieu, M. (2022). Habitations collectiveves: maltraitante, intimidation ou intolérance entre aînés? *Gérontologie et société, 44(*169),49-63. https://doi.org/10.3917/gs1.169.0049.

Limón, M.R. y Ortega, M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación, 6*, 225-238.

Limón Mendizabal, M.R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta, 47*(1), 45-54. 10.17811/rifie.47.1.2018.45-54.

Limón Mendizabal, M.R. (2024). Envejecimiento activo: una mirada pedagógica para una vejez activa. En Touriñán López, J.D. y Rodríguez Martínez, A. (Eds.), *Pedagogía y educación, en perspectiva mesoaxiológica. Cuestiones Conceptuales* (pp. 273-303). Editorial Redipe.

Literas, L., Navarro, A. y Fontanals, M. D. (2010). Diseño y validación de una escala de satisfacción y calidad de vida para usuarios de centros residenciales y sociosanitarios. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *45*(6), 320-325. https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.04.008.

Livingston, G., Cooper, C., Woods, J., Milne, A. y Katona, C. (2008). Successful ageing in adversity: The LASER AD longitudinal study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 79*(6), 641-645. https://doi.org/10.1136/jnnp.2007.126706.

Lloyd, S. J., Malek-Ahmadi, M., Barclay, K., Fernandez, M. R., y Chartrand, M. S. (2012). Emotional intelligence (EI) as predictor of depression status in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *55*, 570–573. https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.06.004.

Lluesma-Vidal, M., Ruiz-Zaldibar, C., García-Garcés, L., Izquierdo-Gonzalvo, J. y Sánchez-López, M. I. (2021). Autopercepción del estado de salud como indicador de la calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo en función de su lugar de residencia: domicilio versus centro sociosanitario. *Gerokomos*, *32*(1), 2-7. https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100002.

López Moya, B. (2016). *Programas psicosociales y educativos en residencias y centros de día para personas mayores en Andalucía. Situación actual y posibles mejoras.* Universidad de Granada. Granada.

Lorenzo, M.C. y Becoña Iglesias, E. (2022). *Bullying y ciberbullying.* Ojos Solares. Pirámide.

Luque-Reca, O., Pulido-Martos, M., Lopez-Zafra, E. y 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. https://doi.org/10.1002/ijop.12089

Makara-Studzińska, M., Somasundaram, S.G., Halicka, J., Madej, A., Leszek, J., Rehan, M., Ashraf, G.A., Gavryushova, L.V., Nikolenko, V.N., Mikhaleva, L.M., Muresanu, C., Kirkland, C.E., Avila-Rodriguez, M.y Aliev, G. (2021). Suicide and suicide attempts in

elderly patients: an epidemiological analysis of risk factors and prevention. *Current Pharmaceutical Design, 27*(19), 2231-2236. https://doi.org/10.2174/1381612826999201126202008.

Malmedal, W., Iversen, M.H. y Kilvik, A. (2015). Sexual Abuse of Older Nursing Home Residents: A Literature Review. *Nursing Research and Practice*, *2015*,1-7. https://doi.org/10.1155/2015/902515.

Marbán Gallego,V., Codorniu, M. y Cabrero, R. (2021). El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial. *Ciênc. Saúde Colet. 26* (1), 1-10. https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33872020

Martín Carbonell, M., Fernández Daza, M., Pereira Moreno, L.J., Laguado Jaimes, E., Riquelme, A., Méndez, I. y Ortigosa, J. (2022). El adulto mayor institucionalizado. En M. Martín, M. Fernández, E. Laguado, E. Herrera y L. Pereira. *El anciano en situación de dependencia y su familia: aportes desde una mirada interdisciplinaria* (p.129-155). Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.

Martín González, L.J., Alférez Maldonado, A.D., Montes Galdeano, F.L., Martín González, J. y Jodar López, I.M. (2015) Influencias psicológicas al envejecer y adaptación a la institucionalización: Revisión sistemática para mejorar el cuidado de enfermería. En Gázquez et al. (Eds.), *Calidad de v, ida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento Volumen III* (pp.151-157). ASUNIVEP.

Martínez, J.P., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A. y García Sevilla, J. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida enresidentes de centros institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, 4*(1), 41-53. https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i1.39.

Martínez-Ferrer, B., Moreno, D.y Musitu, G. (2018). Are adolescents engaged in the problematic use of Social Networking Sites more involved in peer aggression and victimization?. *Frontiers in Psychology*, 9:801. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00801

Martínez Heredia, N., Santaella Rodríguez, E. y Rodríguez-García, A.M. (2021). Beneficios de la actividad física para la promoción de un envejecimiento activo en personas mayors. Revisión bibliográfica. *Retos, 39,* 829-https://doi.org/10.47197/retos.v0i39.74537.

Mayer, J. D., Caruso, D.R. y Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: principles and updates. *Emotion Review,8*(4), 290-300. https://doi.org/10.1177/1754073916639667.

Mayer, J.D., Salovey, P. y Caruso, D. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Item Booklet*. Multi-Health System.

Mayer, J.D., Caruso, D.R. y Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional stan-dards for an intelligence. *Intelligence, 27*(4), 278-298. http://dx.doi.org/10.1016/S0160-2896(99)00016-1.

Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En D. J. Sluyter (ed.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3–34). Nueva York: Basic Books.

McDonald, L., Hitzig, S. L., Pillemer, K. A., Lachs, M. S., Beaulieu, M., Brownell, P., Burnes, D., Caspi, E., Du Mont, J., Gadsby, R., Goergen, T., Gutman, G., Hirst, S.P., Holmes, C., Khattak, S., Lowenstein, A., Mirza, R.M., McNeill, S., Moorhouse, A., Podnieks, E., Rideout, R., Robitaille, A., Rochon, P.A., Rosenberg, J., Sheppard, C., Watts, L.T. y Thomas, C. (2015). Developing a research agenda on resident-to-resident aggression: Recommendations from a consensus conference. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *27(*2), 146-167. https://doi.org/10.1080/08946566.2014.995869.

Medina Cascales, J.A. y Reverte Prieto, M.J. (2019). Violencia escolar, rasgos de prevalencia en la victimización individual y grupal en la Educación Obligatoria en España. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación, 18*(37), 97-110. http://dx.doi.org/10.21703/rexe.20191837medina9.

Megías, A., Gómez-Leal, R., Gutiérrez-Coboa, M.J., Cabello, R. y Fernández- Berrocal, P. (2018). The relationship between aggression and ability emotional intelligence: The role of negative affect. *Psychiatry Research,* (270), 1074-1081. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.027

Mejía Díaz, J. (2012). Reseña teórica de la inteligencia emocional: modelos e instrumentos de medición. *Revista científica, 17(1)*, 10-32. https://doi.org/10.14483/23448350.4505.

Meléndez, J.C., Delhom, I. y Satorres, E. (2019). El poder de la inteligencia mocional sobre la resiliencia en adultos mayors. *Ansiedad y Estrés, 25*(1), 14-19. https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.01.001Get rights and content.

Menassa, M., Stronks, K., Khatami, F., Roa Días, Z.M., Pano Espinola, O., Gamba, M., Adam Itodo, O., Buttia, C., Wehrli, F., Minder, B., Rivas Velarde, M. y Franco, O.H. (2023). Concepts and definitions of healthy ageing: a systematic review and synthesis of theoretical models. *EClinicalMedicine, 56,* 1-31. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101821.

Méndez, I. y Cerezo, F. (2010). Bullying y factores de riesgo para la salud en estudiantes de secundaria. *European Journal of Education and Psychology, 3*(2), 209- 218. https://doi.org/10.30552/ejep.v3i2.53.

Méndez, I. y Cerezo, F. (2018). La repetición escolar en educación secundaria y factores de riesgo asociados. *Educación XX1, 21*, 41-62. https://doi.org/10.5944/educXX1.13717

Méndez, I., García Munuera I., Ruiz-Esteban, C. y López-Pina, J. (2024). *Validación de un cuestionario de bullying en mayores*. No publicado.

Méndez, I., Jorquera Hernández, A.B. y Ruiz-Esteban, C. (2020). Profiles of Mobile Phone Use in Bullying and Cyberbullying Among Adolescents. *Frontiers in Psychology, 11*, 1-7. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.596961.

Méndez, I., Jorquera Hernández, A.B., Ruiz-Esteban, C., Martínez, J.P. y Fernández-Sogorb, A. (2019a). Emotional Intelligence, Bullying, and Cyberbullying in Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16,4837,1-9. https://doi.org/10.3390/ijerph16234837

Méndez, I., Liccardi, G. y Ruiz- Esteban (2020c). Mechanisms of Moral Disengagement used to Justify School Violence in Sicilian Primary School. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10, 682–691.

Méndez, I., Ruiz-Esteban, C., Martínez, J.P. y Cerezo, F.(2019b). Acoso escolar en el ámbito universitario. *Behavioral Psychology*, 27, 55-68.

Méndez, I., Ruiz-Esteban, C., Martínez, J.P. y Cerezo, F.(2019c). Cyberbullying according to sociodemographic and academic characteristics among university students. *Revista Española de Pedagogía*, 77, 261-276. https://doi.org/10.22550/REP77-2-2019-06

Mesa Trujillo, D., Zayas Argos, C.C., Verona Izquierdo, A.I., García Mesa, I. y López Zamora, A. (2022). Characterization of functional capacity in the elderly. *Interdisciplinary Rehabilitation, 2*(17), 1-7. https://doi.org/10.56294/ri202217.

Miranda, R., Oriol, X., Amutio, A. y Ortúzar, H. (2019). Bullying en la adolescencia y satisfacción con la vida: ¿puede el apoyo de los adultos de la familia y de la escuela mitigar este efecto? *Revista de psicodidáctica, 24*(1), 39-45. https://doi.org/10.1016/j.psicod.2018.07.001.

Molero, M.M. y Pérez-Fuentes, M.C. (2011). Salud y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(4), 249-258.

Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C, Gázquez, J.J., y Mercader, I. (2012). Construcción y validación inicial de un cuestionario para evaluar la Calidad de Vida en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 2*(2), 53-65. https://doi.org/10.1989/ejihpe.v2i2.14.

Molina Sena, C., Meléndez Moral, J.C. y Navarro Pardo, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no instucionalizados. *Anales de psicología, 24*(2), 312-319.

Monjas Casares, M.I. (2021). *El complejo mundo de las relaciones interpersonales.* Pirámide.

Morón-Marchena, J. A. (2014). Educación y personas mayores. *Revista Electrónica Interuniversitaria de formación del profesorado*, *17*(1), 107-121. http://dx.doi.org/10.6018/reifop.17.1.198871.

National Center for Assisted Living NCAL. (2023). *Bullying among seniors. A prevention and surveillance guide. https*://www.ahcancal.org/Assisted-Living/

Netbot- García, J.E., Giménez-García, C., Ruíz-Palomino, E. y Iglesias Campos, P. (2018). Malestar emocional asociado a la orientación sexual en personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1* (3), 49-56. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1263.

Neugarten, B.L. (1972). Personality and the Aging Process. *The Gerontologist, 12*(1), 9-15. https://doi.org/10.1093/geront/12.1_Part_1.9.

Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C). (2023). Informe *C: Envejecimiento y bienestar.* www.doi.org/10.57952/q3ze-2c39.

Olweus, D. (1973). *Hackkycklingar och ¨oversittare: forskning om skolmobning*. Almqvist & Wiksell.

Olweus, D. (2007). *Olweus bullying questionnaire: Standard school report.* Hazelden.

Olweus, D. (2012). Cyberbullying: An overrated phenomenon. *European Journal of Developmental Psychology, 9*(5) 1-19. http://dx.doi.org/10.1080/17405629.2012.682358.

Olweus, D. (2013). School Bullying: Development and Some Important Challenges. *Annual Reviews Clinical Psychology, 9*(5), 751-780. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516.

Olweus, D. y Limber, S. P. (2018). Some problems with cyberbullying research. *Current Opinion in Psychology*, 19, 139-143.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 37*(2), 74-105.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). Envejecimiento y salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.

Oñate, A. y Piñuel, I. (2007). *Informe Cisneros X. Acoso y violencia escolar en España.* https://bienestaryproteccioninfantil.es/informe-cisneros-x-acoso-y-violencia-escolar-en-espana/.

Ortega Cruz, M.Y., Villeda Cortes, J., López Jiménez, B.E., Hérnandez Mariano, J.A., Catañeda Márquez, A.C. y Cano Estrada, A. (2023). Salud percibida del adulto mayor y su asociación con la funcionalidad familiar. *Revista psicología de la salud, 11*(1), 121- 128. https://doi.org/10.21134/pssa.v11i1.305.

Ovejero, A., Smith, P.K. y Yubero, S. (2013). *El acoso escolar y su prevención. Perspectivas internacionales.* Biblioteca Nueva.

Özer, M. (2004). A study on the life satisfaction of elderly individuals living in family environment and nursing homes. *Turkish Journal of Geriatrics, 7,* 33-36.

Palacio, C., Rodríguez, L.J. y Gallego, A.M. (2019). Sentimientos y pensamientos de jóvenes frente al acoso escolar: el suicidio como una alternativa. *Revista Eleuthera,* 21, 34-47. https://doi.org/10.17151/eleu.2019.21.3

Parra Rizo, M.A. (2017*). Envejecimiento activo y calidad de vida. Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años.* Universidad de Miguel Hernández, Elche.

Parslow, R.A., Lewis, V.J. y Nay, R. (2011). Succesgul Aging: Development and Testing of a Multidimnesional Model Usingn Data From a Large Sample of Older Australians. *Journal of the American Geriatrics Society, 59*(11), 2077-2083. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03665.x.

Pavot, W., Diener, E. y Fujita, F. (1990). Extraversion and happiness. *Personality and Individual Differences, 11*(2), 1299-1306. https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90157-M.

Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Aceituno Nieto, P., Muñoz Díaz, C., Bueno López, C., Ruiz-Santacruz, J. S., Fernandez Morales, I., Castillo Belmonte, A.B., De Las Obras-Loscertales Sampériz, J. y Villuendas Hijosa, B. (2022). Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red nº 29.*

Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Mercader, I. y Molero, M.M. (2014). Brief Emotional Intelligence Inventory for Senior Citizens (EQ-i-M20). *Psicothema, 26*(4), 524-530. https://doi.org/10.7334/psicothema2014.166.

Peña-Casares, M.J. y Aguaded- Ramírez, E. (2021). Inteligencia emocional, bienestar y acoso escolar en estudiantes de educación primaria y secundaria. *Journal of Sport and Health Research, 13*(1), 79-92.

Pérez-Fuentes, M.C., Ruiz, B., Molero, M.M., Gázquez, J.J. y Fernández, M. (2012). Inteligencia emocional: estudio descriptivo en mayores. En M.C. Pérez-Fuentes y Molero, M.M. (2014). Brief Emotional Intelligence Inventory for Senior Citizens (EQ-I-M20). *Psicothema, 26*(4), 524-530. https://doi.org/10.7334/psicothema2014.166.

Petretto, D.R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 51*(4), 229-241.

Petrides, K.V. y Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioral validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality, 17*(1), 39-57. https://doi.org/10.1002/per.466.

Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. y WHOQOL-OLD Group. (2005). Development of the WHOQOL-Old Module. *Quality of Life Research, 14,* 2197- 2214. https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9.

Queriolo Ore, S. A., Barboza Palomino, M. y Ventura-León. J. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores insstitucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería global, 19*(60), 274-288. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.420681.

Quintero, F. (2020). El concepto de envejecimiento saludable y la evaluación de la fragilidad como instrumentos de monitoreo de derechos humanos en adultos mayores. *Actas de Periodismmo y Comunicación, 6*(2), 1-13.

Quinto-Medrano, P. y Roig-Vila, R. (2015). Estudio de la inteligencia emocional en alumnos de enseñanza secundaria: influencia del sexo y del nivel educativo de los estudiantes y su relación con el rendimiento académico. *International Studies on Law and Education, 21,* 27-28.

Reichard, S., Livson, F. y Peterson, P. (1962). *Aging and Personality: a study of eighty-seven older men*. Wiley.

Renda, J., Vassallo, S. y Edwards, B. (2011). Bullying in early adolescence and its association with anti-social behaviour, criminality and violence 6 and 10 years later. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21, 117-127.

Ribera Casado, J.M. (2021). Una década para el envejecimiento saludable 2020-2030. *Anales Ranm, 138*(3), 214-220. http://dx.doi.org/10.32440/ar.2021.138.03.rev02.

Riley, M.W. (1998). Succesful Aging. *The Gerontologist, 38*(2), 151. https://doi.org/10.1093/geront/38.2.151.

Riley, M.W. y Riley, J.W. (1994). Estructural lag: Past and future. En Riley M.W., Kahn, R.L. y Foner. A. (Eds.). *Age and structural lag* (pp. 15-36). Wiley.

Riquelme-Marín, A., Martín-Carbonell, M., Ortigosa-Quiles, J. M., Fernández-Daza, M., y Méndez, I. (2022). Family care prior to the admission of the elderly in a nursing home and continuity in family care: a comparative study of Colombia and Spain. *Heliyon, 8*(6). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09677.

Riquelme-Marín, A., Martín-Carbonell, M., Ortigosa-Quiles, J. M. y Méndez, I. (2020). Development and exploration of psychometric properties of the family adjustment questionnaire for admitting an older adult to a nursing home (CAFIAR). *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(20), 7597.

Rodríguez-Álvarez, J.M., Navarro, R. y Yubero, S. (2022). Bullying/Cyberbullying en Quinto y Sexto Curso de Educación Primaria: Diferencias entre Contextos Rurales y Urbanos. *Psicología Educativa, 28*(2), 117-126. https://doi.org/10.5093/psed2021a18

Rodríguez Álvarez, J. M., Yubero Jiménez, S. y Navarro Olivas, R. (2021). Relación de la integración social y las experiencias de ocio con el bullying en estudiantes de educación primaria. *Pedagogía social: revista interuniversitaria, 39*, 168-180. https://doi.org/10.7179/PSRI_2021.39.11.

Rodríguez-Martínez, A., de la Fuente Robles, Y.M. y Martín Cano, M.C. (2023). A Systematic Reviwe of the Curret Status of Research on the Quality of Life and Well-Being of Institutionalized Older Adults in Spain. *International and Multidisciplinaty Journal of Social Sciences, 12*(1),1-39. http://doi.org/10.17583/rimcis.11156.

Rodríguez Mora, A. (2023). *Manual de psicogerontología*. Aula Magna.

Rojo-Pérez, F. y Fernández- Mayoralas, G. (2018). La calidad de vida en la población mayor. *Panorama Social, 28*, 49-73.

Ronda, C. B. (2011). Buenas prácticas en los Programas Universitarios para Mayores: Origen y estado de la cuestión en España. En *Aprendizaje a lo largo de la vida, envejecimiento activo y cooperación internacional en los programas universitarios para mayores*: IV Congreso Iberoamericano de Universidades para Mayores, CIUUM 2011. Alicante, del 27 al 30 de junio de 2011 (pp. 417-435). http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/20200

Rosen, T., Lachs, M. S., Bharucha, A. J., Stevens, S. M., Teresi, J. A., Nebres, F., y Pillemer, K. (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: insights from

focus groups of nursing home residents and staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, *56*(8), 1398–1408. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01808.x.

Rowe, J.W. y Khan, R.L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science, 237* (4811), 143-149. https://doi.org/10.1126/science.3299702.

Rowe, J.W. y Khan, R.L. (1998). Letters to the Editor. Dr Rowe and Dr. Kahm reply. The *Gerontologist, 38*(2), 151. https://doi.org/10.1093/geront/38.2.151a.

Rueda, P., Pérez-Romero, N., Cerezo, M. V. y Fernández-Berrocal, P. (2022). The role of emotional intelligence in adolescent bullying: A systematic review. *Psicología Educativa*, *28*(1), 53-59. https://doi.org/10.5093/psed2021a29.

Ruiz Diana, D., Morales Asencio, J.M. y Morales Gil, I.M. (2011). *Calidad de vida del alumnado del aula de mayores de la Universidad de Málaga*. En Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores (AEPUM), IV Congreso iberoamericano de universidades para mayores (CIUUMM).

Ruiz-Esteban, C., Méndez, I., Martínez- Ramón, J.P. y García- Munuera, I. (2023). The Ederly as Victims and Perpetrators of Bullying, Anger and Aggression. En C. Martin, V.R. Preedy, V.B. Patel (Eds.), *Handbook of Anger, Aggression, and Violence* (pp. 1-14). Springer International Publishing.

Ruvalcaba Romero, N. A., Fernández Berrocal, P. y Salazar Estrada, J.G. (2014). Análisis de las relaciones entre la inteligencia emocional y factores asociados a la calidad de vida. *Psicología y salud*, *24*(2), 245-253.

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*(6), 1069–1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069.

Salas, W. M. (2015). Revisión sobre la definición del bullying. *Revista Poiésis, 30*, 44-50. https://doi.org/10.21501/16920945.1858.

Salmerón Aroca, J.A., Escarbajal De Haro, A. y Martínez De Miguel López, S. (2018). Estudio sobre una experiencia educativa con mujeres mayores en centros sociales. Implicaciones para el aprendizaje a lo largo de la vida. *Revista Complutense de Educación, 29*(2), 317-334. https://doi.org/10.5209/RCED.52381.

Salovey, P. y Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Baywood Publishing Company,* 185-212.

Sánchez-Álvarez, N., Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2016). The relation between emotional intelligence and subjective well-being: A meta-analytic investigation. *Journal of Positive Psychology, 11,* 276-285. https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1058968.

Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M.A. (2018). Instrumentos de evaluación en inteligencia emocional: Una revisión sistemática cuantitativa. *Perspectiva Educacional. Formación de Profesores, 57*(2), 27-50. http://dx.doi.org/10.4151/07189729-vol.57-iss.2-art.712.

Sanmartín Esplugues, J. (2006). Conceptos y tipos. En Serrano Sarmiento, A. (Eds.). *Acoso y violencia en la escuela: cómo detectar, prevenir y resolver el bullying* (pp. 21-32). Ariel España.

Savorini Hernández, D. (2015). Riesgo de síndrome de estrés del traslado en el anciano institucionalizado. *Reduca, 7*(1), 298-334.

Scocco, P., Rapattoni, M. y Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? *International Journal Geriatric Psychiatry, 21*(3), 281-287. https://doi.org/10.1002/gps.1453.

Secades Fonseca, M. (2023). *La vejez: Un concepto útil para el análisis histórico.* En Rubiera Candelas, C., García-Ventura, A. y Méndez Santiago, B. (Eds.), Cuerpos que envejecen. Vulnerabilidad, familias, dependencia y cuidados en la antigüedad (pp. 40-54). Dykinson Editorial.

Segovia Díaz De León, M.G. y Torres Hernández, E. A. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos, 22*(4), 162-166. https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003

Sempere Gil, G., Méndez, I. y Ruiz-Esteban, C. (2023). Calidad de vida de mayores institucionalizados tras el confinamiento por la COVID-19. *Revista de psicología de la salud, 11*(1), 61-69. https://doi.org/10.21134/pssa.v11i1.310

Sepe, C. (2015). *Bullying among older adults in retirement homes an unknown epidemic.* California State University.

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,* 167–177. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00001-4.

Shumaker, S. A. y Naughton, M. J. (1995). The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. In S. A. Shumaker y R. Berzon (Eds). *Quality of life: theory translation measurement and analysis* (pp. 3-10). Rapid Communication of Oxford.

Smith, H., Polenik, K., Nakasita, S., & Jones, A. P. (2012). Profiling social, emotional and behavioural difficulties of children involved in direct and indirect bullying

behaviours. *Emotional & Behavioural Difficulties, 17*(3-4), 243-257. https://doi.org/10.1080/13632752.2012.704315.

Span, P. (2011). *Mean Girl in Assisted Living.* https://archive.nytimes.com/newoldage.blogs.nytimes.com/2011/05/31/mean-girls-in-the-nursing-home/.

Stemberg, R. J. (1985). Beyond I. Q.: A Triarchic Theory of Human Intelligence. Cambridge University Press.

Suárez-García, Z., Álvarez García, D. y Rodríguez, C. (2020). Predictores de ser víctima de acoso escolar en Educación Primaria: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología y Educación, 15*(1), 1-15. https://doi.org/10.23923/rpye2020.01.182.

Swearer, S.M. y Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis-stress model. *American Psychologist, 70*(4), 344-353. https://doi.org/10.1037/a0038929.

Takizawa, R., Maughan, B. y Arseneault, L. (2014). Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *The American Journal of Psychiatry, 171*(7), 777-784. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101401.

Teresi, J.A., Ocepek-Welikson, K., Ramirez, M., Eimicke, J.P., Silver, S., Van Haitsma, K., Lachs, M.S. y Pillemer, K.A. (2013). Development of an Instrument to Measure Staff-Reported Resident-to-Resident Elder Mistreatment (R-REM). Using Item Response Theory and Other Latent Variable Models. *The Gerontologist, 54*(3), 460-472. https://doi.org/10.1093/geront/gnt001.

Thorndike, E.L. (1920). Intelligence examinatioins for college entrance. *Journal of Educational Research, 1*(5), 329-337.https://doi.org/10.1080/00220671.1920.10879060.

Thornberg, R. Hunter, S.C., Hong, J.S. y Rönnberg, J. (2020). *Bullying among children and adolescents. Scandinavian Journal of Psychology, 61*(1), 1-5. https://doi.org/10.1111/sjop.12610.

Thornberg, R., Sjögren, B., Ekberg, P., Englund, S., Öhman, T y Robbins, B. (2023) Individual and collective moral disengagement as predictors of bullying perpetration: a short-term longitudinal multilevel study, *Educational Psychology, 43*(10), 1219-1236.https://doi.org/10.1080/01443410.2023.2292468.

Triadó Tur, C. (2018). Envejecimiento activo, generatividad y aprendizaje. *Aula Abierta, 47* (1), 63-66. https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.63-66.

Trompetter, H., Scholte, R. y Westerhof, G. (2011). Resident-to-resident relational aggression and subjective well-being in assisted living facilities. *Aging and Mental Health, 15,* 59-67. https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501059.

Trujillo Flores, M. M. y Rivas Tovar, L. A. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. INNOVAR. *Revista de Ciencias Administrativas y Sociales, 15*(25), 9-24.

Torregrosa Ruiz, M. (2019). *Envejecimiento activo, exitoso y saludable. Impacto del cuidado y diferencias por sexo/ género.* Universidad de Valencia.

Touza, C. y Prado, C. (2019). Prevention Of Elder Abuse In Long-Term Care Facilities. *Educational Gerontology, 45*(8), 530-546. https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1667555.

Uchino, B.N., Cacioppo, J.T. y Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and Physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health, *Psychological Bulletin ,119*(3), 488-531.10.1037/0033-2909.119.3.488.

UNESCO (2024). *Long life learning.* https://www.uil.unesco.org/en

Urrutia Serrano, A. (2018). Envejecimiento activo: un paradigma para comprender y gobernar. *Aula Abierta, 47*(1), 26-36. https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.29-36.

Vallejo Sánchez, J.M., Rodríguez Palma, M. y Valverde Sánchez, M.M. (2007). Valoración enfermera geriátrica. Un modelo de registro en residencias de ancianos. *Gerokomos*,*18*(2), 19-23.

VandeNest, F. J. (2016). *Bullying in Senior Living Facilities: A Qualitative Study.* Minnesota State University.

Van Malderen, L., Mets, T. y Gorus, E. (2013). Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, *12* (1), 141–150. http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.03.007.

Varela Pinedo, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, *33*(2), 199-201. http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196.

Veloz Lozada, E. L. y Vega Falcón, V. (2023). Relación entre la Inteligencia Emocional y la Calidad de Vida en adultos mayores. *Revista Scientific*, *8*(28), 76-93. https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2023.8.28.4.76-93.

Vrijens, J. (2006). Entrenamiento razonado del deportista (Vol. 311). INDE.

Von Humboldt, S., Ribeiro- Gonçalves, J.A. y Leal, I. (2020). Bullying in Old Age: A Qualitative Study on Older Adults' Perceptions About Being Bullied. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(5-6), 2896-2919. http://dx.doi.org/10.1177/0886260520943709.

Walker, S. y Richardson, D.R. (1998). Aggression strategies among older adults: Delivered but not seen. *Aggression and Violent Behavior, 3,* 287-297. http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(96)00029-8.

Wangmo, T., Nordstrom, K. y Kressig, R. (2017). Preventing Elder Abuse And Neglect In Geriatric Institutions: Solutions From Nursing Care Providers. *Geriatric Nursing, 38(5),* 385-392. http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.016.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Society of Science and Medicine, 41*(10), 1403-1409. http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k.

Yang, Y. y Salari, S. (2024). Elder mistreatment and psychological resilience: the moderating role of social support. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 8*, 1–16. https://doi.org/10.1080/08946566.2024.2351005.

Yanguas, J. (2021). *Pasos hacia una nueva vejez. Los grandes retos sociales y emocionales de la madurez.* Destino.

Yümin, E.T., Simsek, T.T., Sertel, M., Özturk, A. y Yümin, M. (2011). The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home. *Archives of Gerontoly and Geriatrics, 52*(3), 180-184. http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.10.027.

Zarebski, G. (2021). La Organización Mundial de la Salud (OMS): del envejecimiento saludable a la vejez como enfermedad. Desafíos para la gerontología. *Gerontology Today, 2*(1), 13-23.

Zhong, M., Huang, X., Huebner, E. S. y Tian, L. (2021). Association between bullying victimization and depressive symptoms in children: The mediating role of self-esteem. *Journal of affective disorders*, *1*(294), 322-328. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.016.

Zhu, Y., Cai, K., Wang, Y. y Chen, Q. (2022). Health effects of children's witnessing of Elder abuse: Evidence from six major cities in China. *Health & Social Care in the Community*, *30*(5), 3053-3062. https://doi.org/10.1111/hsc.13750.

Zych, I., Ortega-Ruiz, R. y Del Rey, R. (2015). Systematic review of theoretical studies on bullying and cyberbullying: Facts, knowledge, prevention, and intervention. *Aggression and violent behavior*, *23*, 1-21. https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.10.001.

Zych, I., Ttofi, M. M., Llorent, V. J., Farrington, D. P., Ribeaud, D. y Eisner, M. P. (2018). A longitudinal study on stability and transitions among bullying roles. *Child Development, 91*(2), 527-545. http://dx.doi.org/10.1111/cdev.13195.

ANEXOS

ANEXO I.

INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ DE ÉTICA

UNIVERSIDAD DE MURCIA | Vicerrectorado de Investigación e Internacionalización | CEI Comisión de Ética de Investigación | CAMPUS MARE NOSTRUM

INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Jaime Peris Riera, Catedrático de Universidad y Secretario de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia,

CERTIFICA:

Que D.ª Isabel M.ª García Munuera ha presentado la memoria de trabajo de la Tesis Doctoral titulada *"Bullying en personas mayores: su impacto sobre la calidad de vida e inteligencia emocional en personas mayores"*, dirigida por D.ª Cecilia Ruiz Esteban y D.ª Inmaculada Méndez Mateo a la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día once de marzo de dos mil veinte[1], por unanimidad, se emite INFORME FAVORABLE, desde el punto de vista ético de la investigación.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan firmo esta certificación con el visto bueno de la Presidenta de la Comisión.

Vº Bº
LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN
DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD DE MURCIA

Fdo.: María Senena Corbalán García

ID: 2443/2019

[1]A los efectos de lo establecido en el art. 19.5 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (B.O.E. 02-10), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación

Código seguro de verificación: RUxFMl6D-Sgu91HXV-VRpvDOz6-uHPzQ7Dn | COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1
esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección. https://sede.um.es/validador/

ANEXO II.

MODELO DE DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE MURCIA Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

CEI Comisión de Ética de Investigación

Comisión de Ética de Investigación

ANEXO II

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Participantes: mayores de edad)

Dña. , de años de edad ***manifiesto que:***

- ☐ *He sido informado sobre los beneficios que podría suponer mi participación para cubrir los objetivos de la tesis doctoral titulada "BULLYING EN PERSONAS MAYORES: SU IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PERSONAS MAYORES.", dirigido por Inmaculada Méndez y Cecilia Ruiz de la Facultad de la Universidad de Murcia (contactable en el teléfono 868884575 y correo inmamendez@um.es@um.es)*
- ☐ *Me han informado que la finalidad general de la tesis doctoral es* ***conocer cómo afectan las conductas de acoso en la calidad de vida e inteligencia emocional de adultos mayores institucionalizados*** *.*
- ☐ *He sido informado de que se trata de una tesis doctoralque cuenta con el visto bueno del Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia y que no está financiado .*
- ☐ *Una vez que he leído la* ***hoja de información al participante*** *que me ha sido entregada, afirmo haber comprendido los posibles efectos indeseables que podría comportar –en mi bienestar– la participación en este proyecto.*
- ☐ *He sido informado de que mis datos serán sometidos a tratamiento en virtud de mi consentimiento con fines de investigación científica y desde la Universidad de Murcia. El plazo de conservación de los datos será de* ***12*** *meses (mínimo indispensable para asegurar la realización del estudio o proyecto). No obstante, y con objeto de garantizar condiciones óptimas de privacidad, mis datos identificativos serán sometidos a anonimización total o parcial cuando el procedimiento del estudio así lo permita. En todo caso, la información identificativa que se pudiese recabar será eliminada cuando no sea necesaria.*
- ☐ *También he sido informado de que para cualquier consulta relativa al tratamiento de mis datos personales en este estudio o para solicitar el acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición al tratamiento, podré dirigirme a la dirección protecciondedatos@um.es.*
- ☐ *He sido informado de mi derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.*
- ☐ *He sido informado de que puedo revocar mi consentimiento y abandonar en cualquier momento la participación en el estudio sin dar explicaciones y sin que ello suponga perjuicio alguno (en tal caso, todos los datos cedidos podrían ser borrados si así lo expreso).*
- ☐ *Me ha sido entregada una hoja de información al participante, así como una copia de la declaración de consentimiento informado (que también he firmado).*
- ☐ *Me han explicado las características y el objetivo del estudio, sus riesgos y beneficios potenciales.*

Y en virtud de todas las manifestaciones anteriores, confirmo que otorgo mi consentimiento a que esta recogida de datos tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en la tesis doctoral.

En , a de <<seleccionar>> de <<seleccionar>>

Fdo. <<seleccionar>>
(Participante)

Fdo. Dña. Isabel García
(Investigador responsable que devuelve –firmada– la hoja de consentimiento informado)