



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESIS PROFESIONAL.

**“CURSO-TALLER DE INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO
APOYO EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN”.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

IZAMAR IRAIS JIMÉNEZ LOZADA

ASESOR:

PSIC. JOSÉ ANTONIO REYES GUTIÉRREZ

ORIZABA, VER.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Gracias por darme el aliento de vida cada día y por toda esa fortaleza que me brindas la cual me ha permitido llegar hasta este momento.

A mi padre

Te agradezco todos los valores enseñados los cuales me han hecho ser la persona que soy ahora, por tu confianza y tu forma de ver la vida, ahora desde el cielo espero te encuentres orgulloso.

A mi madre

Gracias por cuidarme y estar presente en los momentos difíciles. También eres parte de esto y mucho de lo que soy te lo debo a ti.

A mi hermana Priscila

Agradezco tu apoyo incondicional, tus palabras de aliento y tu compañía, sin ti nada de esto hubiese sido posible, toda mi admiración y respeto para ti, te quiero mucho.

A mi hermana Tania

Gracias por siempre sacarme una sonrisa aún en los momentos más tristes y alentarme a seguir, te quiero mucho.

A mi asesor

Muchas gracias por haberme acompañado a lo largo de este trabajo, por darse tiempo para resolver todas mis dudas, sin usted no hubiese sido posible hasta este punto. Admiró su buen ánimo y su pasión por difundir el conocimiento.

A la Psicóloga Elvira Cabada

Agradezco todos los conocimientos compartidos, su comprensión, su apoyo y aliento en este trabajo. Espero algún día llegar a ser tan excelente psicóloga como lo es usted.

A mi amiga Leslie

Gracias por siempre acompañarme, por estar en momentos tristes y felices, eres parte de este trabajo, espero nuestra amistad duré muchos años más, te quiero personita.

ÍNDICE

Introducción.....	6
--------------------------	----------

Capítulo I Planteamiento del problema

1.1 Descripción del problema.....	9
1.2 Formulación de la pregunta de investigación.....	13
1.3 Justificación del problema.....	13
1.4 Formulación de la hipótesis.....	16
1.4.1 Determinación de variables.....	16
1.4.2 Operacionalización de variables.....	16
1.5 Delimitación de objetivos.....	17
1.5.1 Objetivo general.....	17
1.5.2 Objetivos específicos.....	17
1.6 Marco Conceptual.....	17
1.6.1 Concepción de adultez intermedia.....	17
1.6.2 Concepción de depresión.....	18
1.6.3 Inteligencia emocional.....	18

Capítulo II Marco contextual de referencia

2.1	Generalidades de la ubicación.....	20
2.2	Ubicación geográfica de la investigación.....	21

Capítulo III Marco teórico

3.1	Fundamentos teóricos de la depresión.....	23
3.2	Fundamentos teóricos de la inteligencia emocional.....	55
3.2.1	Modelo de habilidades de Salovey y Mayer (1990).....	73
3.3	Fundamentos teóricos del modelo Cognitivo.....	79

Capítulo IV Propuesta de investigación

4.1	Contextualización de la propuesta.....	91
4.2	Desarrollo de la propuesta.....	95

Capítulo V Diseño metodológico

5.1	Enfoque de la investigación: Mixto.....	123
5.2	Alcance de la investigación: Correlacional.....	124
5.3	Diseño de la investigación: Experimental.....	124
5.4	Tipo de investigación: De campo.....	125
5.5	Población.....	126

5.6	Tipo de muestra: No probabilística.....	126
5.7	Instrumentos de prueba.....	126
5.7.1	Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24.....	126
5.7.2	Inventario de Depresión de Beck.....	129
5.7.3	Pruebas estadísticas.....	131

Capítulo VI Resultados de la investigación

6.1	Resultados comparativos cuantitativos.....	132
6.2	Estadística.....	136
6.3	Resultados cualitativos de la investigación.....	138

Conclusión	143
-------------------------	------------

Referencias	145
--------------------------	------------

Glosario	150
-----------------------	------------

Anexos	152
---------------------	------------

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como propósito mostrar diversas técnicas y actividades para lograr un desarrollo de la inteligencia emocional y con esto disminuir los índices de depresión, mediante el implemento de un curso taller, el surgimiento de este es debido a los altos porcentajes de personas que padecen depresión en México, buscando así una forma para si bien no curarla por completo si servir de ayuda en su tratamiento.

Para los seres humanos conocer sus emociones, las de los demás, y aprender a gestionarlasy les permite tener un panorama más amplio y objetivo de las situaciones difíciles que se les presentan en su vida cotidiana permitiéndoles así tener una conducta más asertiva y adaptativa que los lleve más fácilmente a la resolución de un problema.

Generalmente pocas son las personas que se detienen a pensar en la importancia de sus emociones en su vida, simplemente las sienten pero no piensan acerca de ellas, esto también sucede con sus pensamientos a la vez generadores de estados de ánimo, no se detienen a pensar acerca de ellos y como estos pueden cambiar radicalmente su vida, si bien es difícil llegar a una metacognición tampoco ha de resultar imposible.

En el capítulo I se puede encontrar el planteamiento del problema en el cual se describe con bases estadísticas el porqué de la relevancia e interés por esta investigación, y el elemento principal del mismo. También se presenta la formulación del problema, incluyendo los objetivos generales y específicos para generar cambios cognitivos y conductuales que ayuden a la disminución de la depresión mediante el desarrollo de la inteligencia emocional, formulando la hipótesis que ayude a conocer si el proyecto de investigación logra aceptación. Se añade además las variables independiente y dependientes, que al relacionarse y complementarse darán un resultado en favor de este trabajo. Para terminar, en el marco conceptual se presentarán las definiciones que se presentan de igual manera en la hipótesis.

Dando paso al capítulo, II se muestra el marco contextual de referencia, en este se mostrarán los antecedentes del lugar donde se llevó a cabo el trabajo de investigación, describiendo su ubicación física y geográfica.

Llegando al capítulo III se encontrarán la parte teórica que sustenta este trabajo, los antecedentes históricos de la depresión, sus síntomas y las dos teorías explicativas de su origen, el concepto de inteligencia y emociones para así llegar al de inteligencia emocional, el modelo de habilidades de Salovey y Mayer y las distintas técnicas cognitivas que se usarán para el desarrollo de la IE.

En el capítulo IV se ahonda en la propuesta de investigación abarcando los elementos siguientes: nombre de la propuesta, justificación y objetivos. Se muestra el público hacia quien va dirigida, y se incluyen las dinámicas y técnicas utilizadas en el curso taller.

Ahondando en el capítulo V donde se establece el diseño metodológico el cual abarca; el enfoque de la investigación, alcance, diseño, tipo, delimitación de la población, selección de la muestra e instrumentos de evaluación utilizados.

Finalmente en el capítulo VI se dan a conocer los resultados de la investigación contenidos dentro de la tabulación y los datos estadísticos resultantes después de la aplicación del curso taller procediendo a la conclusión.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema.

Las emociones están presentes desde los primeros años de vida, y en cierta medida determinan a las personas. Muchas veces se les dificulta gestionarlas llevándolos a no poder solucionar sus problemas, magnificarlos y sentirse inferiores a estos, totalmente perdidos y desolados. Al sentir que no se tiene la capacidad para resolver el problema se puede desarrollar algún trastorno psicológico, el trastorno sobre el que se centrará este trabajo es la depresión, el cuál es uno de los que se presentan con mayor frecuencia en los individuos, sin importar su edad, género o posición socioeconómica todos están en riesgo de padecerlo. “Se prevé que el trastorno depresivo sea la primera causa de incapacidad en el 2030, lo cual indica en el grave problema de salud en el que se ha convertido” (Sociedad Española de Psiquiatría, 2015).

A continuación se presentan los datos estadísticos sobre el Trastorno Depresivo y su frecuencia en la población: La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad

de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos (OMS, 2015).

Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. En América Latina el 5% de la población adulta padece depresión; sin embargo seis de cada diez personas no buscan o no reciben tratamiento. (OMS, 2012).

De acuerdo con los registros con que cuenta la Secretaría de Salud, la tasa global de incidencia de depresión es de 58.13 casos por cada 100 mil habitantes, es decir, una suma aproximada de 69 750 casos diagnosticados anualmente por este padecimiento. Es destacable que entre quienes tienen más de 45 años las tasas superan en más de 100% a la media nacional. Así, en el grupo de 45 a 49 años la tasa de incidencia de depresión es de 108.3 casos por cada 100 mil en el grupo de edad, es de 110.7 para el grupo de 50 a 59 años, de 145.2 para el grupo de 60 a 64 años y de 129.9 para quienes tienen 65 años y más.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en el año 2002 en México entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó

que los trastornos afectivos –dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos–, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). El 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez), el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses), durante los cuales generalmente no reciben tratamiento. Los trastornos que producen los niveles más elevados de discapacidad fueron la depresión (4.63 y 4.8), la fobia social (5.37 y 5.8) y el trastorno por estrés postraumático (5.61 y 5.35). La depresión tuvo el mayor impacto en el área laboral (4.88).

La prevalencia de depresión varió ampliamente entre las 32 entidades federativas del país. En el caso de los hombres, las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco, con 5, 4.6 y 4.5%, respectivamente. No existen estudios a nivel regional sobre el índice de depresión en la población. Sin embargo son suficientes las estadísticas presentadas para ver lo alarmante del problema.

Las causas de la depresión pueden ser biológicas o ambientales, es por esto que se abordan las dos teorías, se relacionaran con la inteligencia emocional ya

que esta al trabajarse en las personas puede ser un factor para ayudar a prevenir y manejar un trastorno depresivo.

La inteligencia emocional es la habilidad para gestionar nuestras emociones, al ser uno de los componentes de la depresión causada por el ambiente la debilidad cognitiva, se esperaría que las personas con mayor índice de depresión tuviesen una inteligencia emocional inferior. La depresión por causas biológicas a pesar de ser causada por un desequilibrio químico estaría de cierta forma influenciada por la capacidad de manejar los agentes estresantes de la vida diaria ya que “el estado depresivo influye a su vez en las relaciones interpersonales, el entorno y las pautas de gratificación, creando situaciones depresógenas con experiencias de pérdida, indefensión y estrés, que influyen de nuevo negativamente en la actividad de los neurotransmisores, cerrando así un círculo vicioso de retroalimentación positiva, que tiende a mantener indefinidamente el proceso” (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). El trabajar con la inteligencia emocional del paciente con depresión endógena también puede ser útil a pesar del grado de correlación existente.

El estudio predecesor a este fue realizado en España por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos en el año 2003; sus resultados encontrados fueron los siguientes: la correlación entre la capacidad para regular las emociones y la

depresión endógena fue menor en magnitud que la correlación entre la capacidad para regular las emociones y la depresión por desesperanza.

Existen pocos estudios a nivel nacional con respecto a la correlación entre la Inteligencia emocional y la depresión, a pesar de que la inteligencia emocional es importante ya que las personas aprenderían a gestionar sus emociones y serviría como apoyo en el tratamiento de la depresión causando su disminución.

1.2 Formulación de la pregunta de investigación.

¿Podría el desarrollo de la inteligencia emocional disminuir la depresión en la adultez intermedia?

1.3 Justificación del problema.

La depresión es un problema de salud mental que como lo muestran las estadísticas tiene una prevalencia mayor a otros trastornos, curiosamente es en los lugares donde existe mayor tecnología y donde se supone que los individuos tendrían una mejor calidad de vida donde las personas cada día se encuentran más tristes, se sienten vacíos y su vida no parece tener sentido.

¿Por qué si actualmente la industria farmacéutica pone a disposición una mayor cantidad de fármacos para el tratamiento de la depresión los índices de esta van en aumento? Las personas se han olvidado de lo importante que son las emociones y como las manejan, éstas pueden destruirlos, sabotearlos o recrearlos, levantarlos y hacerlos tener éxito, todo depende en la manera en que estas se manejen.

En la Clínica Hospital ISSSTE 300700 del municipio de Orizaba, Veracruz llegaban un número considerable de personas en busca de fármacos para calmar el dolor emocional, pero pocas se detenían a pensar en la importancia del manejo de emociones, como las decisiones que tomaban en su vida diaria impactaban directamente en cómo se sentían, es por esto que se ha decidido tomar el concepto de inteligencia emocional y ver qué relación tiene con el trastorno depresivo.

Es importante sin duda el tratamiento médico, son avances científicos y no tendría sentido no aprovecharlos, sin embargo las personas no toman importancia a las sesiones de psicoterapia debido a que creen que el fármaco hará todo el trabajo. Se ha decidido retomar dos teorías que explican la depresión; la endógena y la teoría de la depresión por desesperanza, las dos exponen diferentes causas, y así se trata de englobar a dos tipos de pacientes.

Naturalmente se espera que la Inteligencia Emocional este mayormente relacionada con la depresión por desesperanza es decir a una mayor IE un índice menor de depresión, contrario a lo que pasaría con la endógena que al ser algo que no es causado por el ambiente sino una cuestión de química cerebral no se vería afectada.

La inteligencia emocional es definida como “la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover crecimiento emocional e intelectual” (Mayer y Salovey, 1997), si se trabajan estas habilidades propuestas, la persona aumentará su IE.

Para medir el grado de correlación que existe entre la depresión endógena y la inteligencia emocional se aplicará a la muestra un Inventario de Depresión de Beck dividiendo por ítems los que pertenecen a la depresión endógena y a la depresión por desesperanza. Esto basado en los criterios de Beck y el DSM-IV.

También se aplicará el instrumento de autoinforme TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004), para medir la inteligencia emocional.

Una vez terminada las sesiones del curso taller se aplicará un postest para comprobar su efectividad, se espera que las personas obtengan un puntaje más alto de IE y uno menor en la Escala de Beck.

1.4 Formulación de la hipótesis

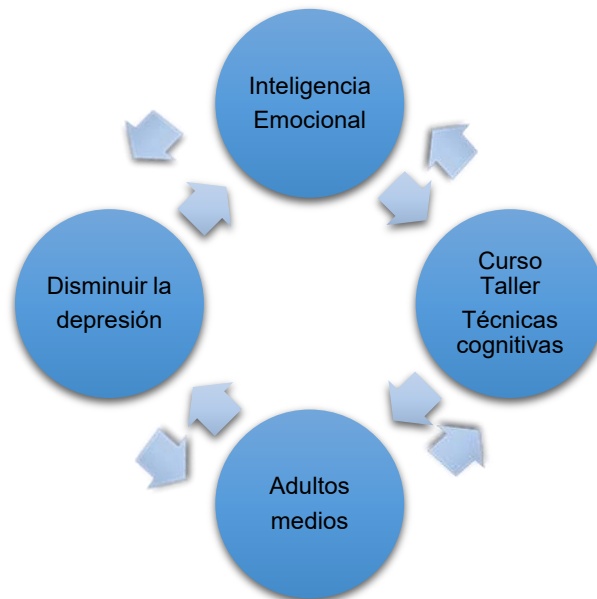
Curso taller de inteligencia emocional como apoyo en el tratamiento de la depresión en adultos intermedios trabajadores de ISSSTE.

1.4.1 Determinación de variables

Variable independiente: Inteligencia emocional.

Variable dependiente: Depresión en adultos intermedios.

1.4.2 Operacionalización de variables.



Se trabajará en el desarrollo de la inteligencia emocional mediante la modalidad de curso taller basado en técnicas cognitivas y aplicado en personas que se encuentran en la etapa de adultez media para lograr disminuir su depresión.

1.5 Delimitación de objetivos.

1.5.1 Objetivo General.

Disminuir la depresión de los adultos intermedios mediante el desarrollo de la inteligencia emocional bajo la modalidad de curso taller.

1.5.2 Objetivos específicos

- Sustentar teóricamente la investigación mediante la lectura y el análisis de las diferentes propuestas psicológicas relacionadas con la depresión y la inteligencia emocional.
- Elaborar un curso taller basado en la inteligencia emocional como medio para disminuir la depresión.
- Determinar el diseño metodológico de la investigación mediante la lectura y selección del enfoque, alcance, y otros elementos relacionados con el encuadre metodológico.
- Conocer si existe correlación entre la IE y depresión endógena, entre la IE y depresión por desesperanza.

1.6 Marco Conceptual

1.6.1 Concepción de adultez intermedia.

“Definimos adultez media, en términos cronológicos, como la etapa entre los 40 y 65 años de edad. La edad media puede ser una época, no de declive y mengua,

sino también de dominio, capacidad y crecimiento, una época para revalorar las metas y aspiraciones y para decidir sobre la mejor manera de aprovechar el resto de la vida”. (Papalia, 2012).

1.6.2 Concepción de Depresión.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS).

“Depresión (psicología), trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer” (Zarragitia, 2011).

1.6.3 Inteligencia Emocional

La inteligencia emocional incluye la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento

emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover crecimiento emocional e intelectual. (Mayer y Salovey, 1997).

CAPÍTULO II

MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA

2.1 Generalidades de la ubicación donde se realiza la investigación.

En noviembre de 1960 dio inicio la contratación de recursos humanos y el 16 de marzo de 1961 se inauguraron los servicios médicos del ISSSTE en Orizaba, con una nómina de 26 trabajadores y servicios subrogados de hospitalización, rayos X, laboratorio y farmacia, iniciándose la atención a trabajadores y familiares de 9 dependencias oficiales, contando con una población derechohabiente de 547 beneficiarios directos y 1,645 beneficiarios dependientes. Durante 29 años hubo cambios de domicilio en cinco ocasiones y desde marzo de 1963 se insistió en la necesidad de la edificación de una Clínica Hospital. Para esto en 1965 un arquitecto analizó la posibilidad de construirla y fue hasta el 18 de Abril de 1981, cuando se colocó la primera piedra de lo que ahora son las instalaciones de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba, inaugurándose oficialmente el 19 de Abril de 1990 bajo la Dirección del Dr. Sergio Ahumada Ramos y precedida por el Sr. Gobernador Lic. Dante Delgado Rannauro, con una superficie de 7,583 metros cuadrados, construida en un solo piso, contando con una capacidad de 30 camas censables y 15 no censables, brindando atención de primero y segundo nivel. En la actualidad la Clínica Hospital ISSSTE ha crecido tanto en personal como derechohabientes, el



Figura 2. Fotografía externa de la Clínica Hospital ISSSTE 300700. Google Maps.



Figura 3. Fotografía interna de la Clínica Hospital ISSSTE 300700.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1 Fundamentos teóricos de la depresión.

a) Antecedentes históricos de la depresión.

Para entender uno de los temas principales de este trabajo es necesario situarse en un contexto histórico y ver cómo ha ido evolucionando su definición de depresión hasta tiempos presentes. El sentimiento de tristeza se ha tratado de describir desde hace ya muchos siglos, se puede encontrar en el Antiguo Testamento en el libro de Job, y también en la Antigua Grecia donde los primeros intentos para entender de forma «científica» la depresión son gracias a Hipócrates (siglo IV a.C.) este “emplea el término genérico de «melancolía» para dar cuenta de estos estados de abatimiento, inhibición y tristeza que, por cierto, su coetáneo Aristóteles (siglo IV a.C.) va a recoger en algunos escritos para relacionarlos con personas especialmente sensibles e inteligentes” (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Hipócrates fue un médico griego, él creía que existían cuatro tipos de humores, dependiendo de cuál fuera la sustancia que predominara en el cuerpo sería la personalidad. Eran la bilis negra, bilis amarilla, sangre o flema. Creía que cuando había una mayor secreción de bilis negra la persona era más propensa a la melancolía.

“Para los hipocráticos de los siglos V y VI a.C., eso que llamamos ahora depresión se denominaba melancolía y estaba definido ya por el conjunto de <aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad>” (Jackson, 1986), a esto se añadía la característica de un estado de ánimo triste. En distintos escritos hipocráticos, a esta tristeza se le aumento otro síntoma muy importante: el miedo, fue así como el concepto de melancolía se ligó a la asociación de dos pasiones; la tristeza y el miedo. Posteriormente se introdujo el criterio temporal de cronicidad asumiendo que en este en la melancolía existe una duración mayor de la perturbación emocional.

Estos fueron los primeros intentos por describir la sintomatología depresiva, los cuales coinciden con los criterios para el diagnóstico actuales, también es importante mencionar que ya desde ese tiempo distinguían entre distintos tipos de depresiones, a lo que ellos llamaban perturbación emocional prolongada la cual era de carácter crónico hoy en día es nombrado como Trastorno Dístimico según el DSM-IV.

Claudio Galeno (130-200 d.C.) el cual fue uno de los principales defensores de la doctrina humoralista, creía que la melancolía se debía a un exceso de bilis negra, él identificaba tres tipos diferentes. El primero se debía a la localización ante todo “encefálica de la atrabilis; el segundo, en cambio, estaba causado por la difusión de dicho humor mediante la sangre a todo el

organismo, incluido el encéfalo, el tercero estaba provocado por la presencia del mismo humor en la región hipocondriaca” (Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud, 2004), es decir creía que se producían exhalaciones tóxicas que eran capaces de subir al encéfalo e influir en él. Conforme iba pasando el tiempo se agregaban nuevos descubrimientos a la teoría de los humores basadas en las observaciones de personas melancólicas, se intentaba dar una explicación coherente sobre la depresión y sus causas.

La definición de melancolía de los hipocráticos fue aceptada durante muchos años, por autores que vivieron en épocas posteriores, uno de ellos fue Constantino el Africano quien escribiera el tratado «De melancolía» uno de los primeros textos médicos en ser dedicados a la depresión. Enunciaba lo siguiente: “La melancolía perturba el espíritu más que otras enfermedades del cuerpo. Una de sus clases llamada hipocondríaca, está ubicada en la boca del estómago; la otra está en lo íntimo del cerebro” (Restrepo, Hernández y Rojas, 2008), se pensaba como accidentes a lo que ocasionaba es decir el terror y la tristeza porque estos eran pensados como confundidores del alma y pésimos para ella. Resumiendo, la tristeza era la pérdida de lo que antes se había amado intensamente, en ese entonces se creía que cuando los efluvios de la bilis negra subían al cerebro, obscurecían su luz, la perturbaban, y la sumergían, impidiendo que se comprendiera lo que antes sí, y que era de gran importancia. Constantino describe un síntoma característico de la depresión: la anhedonia, que es conocida hoy en día como el deterioro de la incapacidad de disfrutar o de

sentir placer, otra característica es la visión pesimista que tienen las personas depresivas, él lo describe como la incapacidad de comprender lo que antes si se comprendía, sucede muy a menudo que las personas depresivas se encuentran sintiendo desesperanza y no pueden ver las cosas lo más objetivamente, pareciendo así que han perdido la capacidad de comprender e interpretar los sucesos lo menos subjetivamente posible.

Durante el renacimiento cambio la percepción que se tenía del estado de ánimo depresivo, se comenzó a utilizar una visión astrológica, se creía que las personas melancólicas habían nacido bajo la influencia de planeta Saturno, el cual brindaba los dones de la inteligencia y la creatividad a su vez. Como se puede notar la melancolía se continuaba relacionando con personas de una inteligencia mayor como ya se hacía en la Grecia Antigua.

En los siglos XVI y XVII aparecen dos importantes obras A Traitise of melancholia de Timothy Bright y la Anatomy of Melancholy, de Robert Burton. Robert Burton fue un clérigo inglés, igualmente ejercía la docencia en la Universidad de Oxford, gran parte de su vida padeció depresión lo cual le inspiro a escribir su famoso libro "Anatomía de la melancolía", fue publicado en 1621 y en él se recopilaba información histórica, filosófica y médica que en esa época se tenía sobre la depresión, incluyendo los síntomas, y las curas que se brindaban en ese momento. Esta obra tiene tres partes: "en la primera trata

sobre las causas de la melancolía, sus síntomas y el lugar del cuerpo afectado; en la segunda escribe sobre la cura de la depresión y la tercera es un análisis sobre la melancolía de origen amoroso”. (Restrepo, Hernández y Rojas, 2008). A la vez estudia las relaciones de pareja y de matrimonio.

Estos “autores, como le ocurría a Brighth, eran capaces ya de diferenciar claramente entre el temperamento melancólico y la enfermedad melancolía. Así, muchos autores diferenciaban entre una melancolía <natural> (especie temperamental) y otra <no natural> (adquirida), denominada atrabilis o melancolía adusta”. (Gastó y Vallejo, 1990). Ya desde ese momento se comenzaba a diferenciar la etiología de la depresión, lo que actualmente se conoce como depresión endógena y depresión causada por el ambiente, de la cual existen varias teorías para explicarla.

En los finales del siglo XVIII la propuesta hipocrática continuaba siendo utilizada por algunos autores como Anne-Charles Lorry, quien distinguía dos tipos de melancolía; la humoral (prevalencia de trastornos gastrointestinales debido al exceso de bilis negra) y la nerviosa (fenómenos convulsivos). Otro autor Pierre-Jean Georges Cabanis hablaba acerca de un “temperamento melancólico”, lo usaba para referirse a personas con mayor predisposición a la tristeza a las cuales parecían afectar más las situaciones de la vida cotidiana.

Hacia la mitad del siglo XIX, acorde con el cambio de la psiquiatría de especulaciones filosóficas a investigaciones científicas principalmente en ámbitos como el anatómico y neurofisiológico, “se comenzó a interpretar la enfermedad depresiva como trastorno orgánico del cerebro. Así, por ejemplo, Théodore Hermann Meynert (1833-1892) hipotizó en la melancolía un déficit de energía cerebral relacionado en general a la isquemia” (Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud, 2004). La teoría de los humores es totalmente dejada de lado y ahora se adopta una postura “científica” acerca de los orígenes de la depresión, se comienza a relacionar a los procesos cerebrales con el origen de esta, y no se toman en cuenta factores ambientales, sin embargo no es hasta con Griesinger que la causa cerebral de la depresión se acepta rotundamente. Se empieza hablar de la influencia de la genética, que vuelve a las personas más propensos a padecer estados melancólicos y de desesperanza.

Pinel fue un médico francés (1745-1826) que diferenció las melancolías como un delirio sobre un objeto, sin que este fuese acompañado de un furor. Fue así que se diferenciaron el furor maniaco (no delirante), del delirio maniaco (se realizaban acciones extravagantes y con furia), de la demencia (anulación del pensamiento) y del idiotismo que podía ser natural o adquirido. “Pinel diferenció, por un lado, las <desviaciones del intelecto>, de las desviaciones <de los sentidos> (o estrictamente pasionales). La melancolía sería más un delire exclusif que un delire generale (como la manía)” (Jackson, 1986). Lo que Pinel intentó fue realizar una división de los tipos de depresión de acuerdo a los

síntomas que presentaban los pacientes, pero como se podrá ver más adelante esta no sería definitiva.

Esquirol quien fuera un discípulo del anterior, utiliza el concepto de lipemanía para referirse a una enfermedad de tristeza debilitante, este autor seguía manteniendo la hipótesis de que la causa de la depresión se localizaba en el cerebro.

No es hasta 1893 que en Alemania Moebius establece el concepto de endógeno además el termino depresión comienza a desplazar al de melancolía, es así como se comienza a nombrar a las depresiones de origen cerebral endógenas.

Más tarde como contraparte a esta postura aparecerían las primeras aportaciones en el siglo XIX de autores como Troxler y Carus entre otros sobre el rol que ocupa el inconsciente en el desarrollo de la sintomatología depresiva. Más tarde en 1917 Freud enuncia que la melancolía guarda cierto parecido al duelo y la aflicción, las cuales son vistas por el cómo condiciones de apoyo para un cambio inconsciente por la pérdida del objeto deseado, esta puede ser real o imaginaria. Esta hipótesis fue desarrollada por los psicoanalistas ingleses y americanos (Melanie Klein y Karl Abraham). “Posteriormente John Bowlby desarrolla su teoría del <apego> y Brown y Harris refieren una teoría social de

las depresiones emparentada con la identificación de una pérdida en los primeros años de vida”. (Gastó y Vallejo, 1990).

Para Freud las depresiones podían ser de origen psicógeno o biológico. Las primeras están asociadas a “pérdidas de algún tipo y la vuelta sobre sí mismo de la agresión asociada al objeto perdido, lo que llevaría a hallazgos típicos del paciente con depresión como culpa, autorreproche, baja autoestima e ideación suicida. En Duelo y melancolía refiere: La melancolía se caracteriza psíquicamente por un “estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la disminución de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones” (Restrepo, Hernández y Rojas, 2008).

Después vienen las aportaciones de la escuela fenomenológica por Brentano y Husserl. El primero sostenía que los actos son lo importante de la mente, se pueden dividir en ideatorios, judicativos y aproximativos. Al separar la mente del cerebro la melancolía será vista como “una experiencia o conjunto de vivencias emergentes a partir de un sufrimiento esencial, nuclear o vital. Se incorpora a la anamnesis la comprensión en función de cómo el enfermo vivencia su patología. Este movimiento desechará las enfermedades mentales como «especies»” (Gastó y Vallejo, 1990) y sólo aceptará los complejos

sintomáticos. El trastorno sólo podrá explicarse a partir de la propia concepción de la persona.

“Para Kraepelin las causas de la enfermedad eran innatas o independientes de causas sociales o psicológicas”. (Belloch, Sandín y Ramos, 1990). Una posición que muchos otros autores de aquella época, como el propio Meyer e incluso Freud no compartían. Hasta el día de hoy no existe un acuerdo común sobre las causas de la depresión, continua el debate sobre su clasificación y diagnóstico, se encuentra en constante revisión. Los nuevos descubrimientos de las neurociencias podrían darnos a futuro un panorama más claro sobre los trastornos del estado del ánimo.

b) Generalidades de la depresión

La definición que se encuentra sobre el trastorno depresivo mayor en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición es la siguiente:

Es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad

psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. (DSM-IV, 1995, p. 345).

Los criterios para el diagnóstico de la depresión presentados en el DSM-IV son los que se enuncian a continuación:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional,

preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor

Lo que encontramos acerca de los episodios depresivos en la Clasificación Internacional de enfermedades en su décima edición CIE-10 es lo siguiente: en los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, “una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo”. (CIE-10,1994).

- Criterios para el diagnóstico de la depresión según el CIE-10:

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos

~ Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras

- ~ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- ~ Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
- ~ Empeoramiento matutino del humor depresivo
- ~ Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- ~ Pérdida marcada del apetito
- ~ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
- ~ Notable disminución del interés sexual

Las pautas para el diagnóstico son las siguientes: Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. “Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas”. (CIE-10, 1994).

Las causas de la depresión no son siempre las mismas, su origen es multifactorial, variando de persona en persona, para que se desarrolle pueden intervenir factores ambientales como vivencias de la infancia, el contexto sociocultural y características de personalidad, así como también se toman en cuenta los genéticos. Juegan un papel importante para el desarrollo de una depresión las dificultades en las relaciones interpersonales, el sexo, la edad, el

status socioeconómico, ciertas disfunciones cognitivas. No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos.

Diversas investigaciones indican que el origen de la depresión si es debido a un funcionamiento anormal del cerebro. Estudios con resonancia magnética han mostrado como el cerebro de las personas con depresión es distinto de las que no la padecen. Las partes del cerebro que se encargan de la regulación del comportamiento, sueño, ánimo y apetito funcionan anormalmente. También se ha encontrado neurotransmisores implicados en la depresión, habiendo un desequilibrio de estos, los más comunes son la noradrenalina, dopamina y serotonina. Pero estas imágenes no revelan en si las causas de la depresión.

Otro descubrimiento es el hecho de que personas provenientes de familias con antecedentes de depresión, tienden a presentarla, como si esta se transmitiera de generación en generación, pudiendo existir así una relación genética para que se desarrolle el trastorno depresivo. Este descubrimiento no es una constante ya que existen personas con depresión sin que hubiese antecedentes de esta en su familia. Puede haber cierta predisposición genética que volvería a las personas más susceptibles a los acontecimientos ambientales, una combinación de carga genética y ambiente.

Diferentes agentes estresante como la pérdida de un ser querido, una mudanza, una relación difícil, traumas, pueden desembocar en una depresión. Sin embargo algunos episodios depresivos tienden a aparecer sin un motivo evidente.

Las consecuencias de la depresión dependen del grado en que la padezca la persona, pero generalmente habrá una afectación en su vida social, laboral y familiar, en casos extremos se puede llegar al suicidio. Generalmente las personas que la padecen tienden a faltar a su trabajo o escuela, no acuden mucho a reuniones sociales, debido a que no existen las ganas para realizar actividades cotidianas. Son más propensas a enfermarse ya que su sistema inmunológico se encuentra debilitado, su atención y concentración también se ven alteradas haciendo difícil cumplir con las demandas de sus labores. Los tratamientos médicos y psicológicos actuales consiguen reducir parcialmente el riesgo de la aparición de estas complicaciones, aunque no las hacen desaparecer por completo. “Se han identificado grupos de personas de alto riesgo de recurrencias y complicaciones. Desde una perspectiva de salud pública, es importante la identificación de estas personas, con la finalidad de prevenir en lo posible los efectos devastadores personales y sociales” (Rodés, Piqué, y Trilla, 2007) provocados por la enfermedad.

c) Teoría de la depresión endógena

El concepto de depresión endógena hace referencia al tipo de depresión no causada por factores ambientales sino por un desbalance neuroquímico, biológico o endocrino en el cuerpo, lo cual produciría una alteración en el estado de ánimo, es necesario comprender como se fue desarrollando esta teoría hasta llegar a nuestros días.

El enfoque biológico de la depresión data desde los tiempo de Hipócrates (siglo IV a.C.) el cual durante la aplicación de su teoría de los humores concluyó que la depresión tenía sus causas en el excesivo enfriamiento y acumulación de la bilis negra. Después le siguieron muchas teorías y especulaciones de un valor similar hasta que, “al descubrirse la relación entre los efectos bioquímicos de ciertas sustancias y las modificaciones correspondientes del estado afectivo, comenzó a clarificarse el verdadero papel del sistema nervioso en la depresión, no hace de esto mucho más de 40 años”. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

La tarea de encontrar las bases biológicas de la depresión fue facilitada por el desarrollo de técnicas de laboratorio que permitían identificar componentes orgánicos en cantidades minúsculas, permitiendo medir la presencia de neurotransmisores en sangre, orina, saliva, líquido cefalorraquídeo y fluidos orgánicos.

Esta distinción, ya apuntada por Moebius en el siglo XIX creó mucha polémica en los años veinte y treinta del siglo XX. El debate según mencionan autores como Goodwin y Guze se originó, en parte, por la contraposición de una visión freudiana con la kraepeliniana. Es decir, la discusión entre causas psicológicas frente a causas biológicas respectivamente. Quizá también el tipo diferente de pacientes que veían psiquiatras como Kraepelin en hospitales era muy diferente (más graves, más crónicos, menos reactivos ante acontecimientos externos) que los pacientes típicamente menos graves de las consultas privadas psicoanalíticas.

Lo que mencionan Goodwin y Guze se puede aún reinterpretar en la época actual, ya que no es lo mismo los pacientes que residen en un Hospital Psiquiátrico a los que acuden a consulta particular, la mayor parte del tiempo los primeros presentan deterioros más significativos, lo que hace ver a su trastorno como más grave mientras que los segundos presentarían un trastorno que apenas inicia y por lo tanto aun no alcanza una gravedad tan grande.

Una de las hipótesis que respalda el concepto de depresión endógena es “La hipótesis de las monoaminas explica que al haber una deficiencia en la cantidad o funcionamiento de ciertos neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina habría una mayor incidencia del estado de ánimo

depresivo. Los estudios de pacientes con depresión, han mostrado algunas veces una alteración de la función de las monoaminas. “Por ejemplo algunos estudios han encontrado pruebas de alteración del número de receptores de serotonina (5-HT_{1A} y 5-HT_{2C}) o noradrenalina (α ₂) en pacientes deprimidos y suicidas, pero estos hallazgos no han sido constantes” (Katzung, Masters y Trevor, 2013).

Este es uno de los motivos por los que la hipótesis de las monoaminas no goza de una aprobación universal, aun se continúan haciendo estudios y estos arrojan resultados que muchas veces se oponen entre sí.

Tal vez la línea de prueba más convincente en respaldo de la hipótesis de las monoaminas es el hecho de que “todos los antidepresivos disponibles parecen tener efecto significativo sobre el sistema de las monoaminas. Todas las clases de antidepresivos parecen incrementar la disponibilidad sináptica de 5-HT, noradrenalina o dopamina”. (Katzung, Masters y Trevor, 2013). Y “los intentos por desarrollar antidepresivos que funcionen en otros sistemas de neurotransmisores no han sido eficaces a la fecha” (Katzung, Masters y Trevor, 2013).

Con el fin de entender la neuroquímica de la depresión es importante conocer cómo se da la comunicación entre neuronas “la transmisión de

información y estímulos entre neuronas se efectúa a través de microscópicos espacios sinápticos, comprendidos entre la terminación del axón de la neurona presináptica y el comienzo de la dendrita de la sináptica” (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Una neurona tiene múltiples dendritas y terminaciones axónicas por lo que la comunicación es masiva, una misma neurona puede conectar con otras miles, el flujo de información pareciese interminable.

“La actividad sináptica viene protagonizada por sustancias segregadas por la terminación axónica, los neurotransmisores, que al fijarse en zonas receptoras especializadas de la membrana dendrítica ejercen su efecto excitante o inhibitor en la neurona posináptica” (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Los neurotransmisores son sintetizados en el soma de la neurona y posteriormente pasan a la membrana, ya que se encuentran ahí actúan sobre lugares específicos en “la superficie externa de la membrana neuronal posináptica, los receptores, a partir de los cuales se inician procesos que aumentan la polarización de las neuronas, inhibiendo así su excitación, o al contrario, las despolarizan hasta llegar a provocar su descarga” (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Este proceso requiere de un control riguroso, y es lo que da plasticidad a nuestras conductas. En tiempos anteriores se pensaba que una neurona solo producía un tipo de neurotransmisor, es decir, se clasificaban en neuronas serotoninérgicas, noradrenérgicas, dopaminérgicas, etc. Hoy en día se sabe que una neurona puede funcionar con distintos tipos de “neurotransmisor, de manera secuencial o incluso simultánea” (Rieder, En Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

A las monoaminas también se les conoce con otros nombres como: catecolaminas e indolaminas o aminas biógenas. Hubo dos observaciones que ayudaron al descubrimiento del papel importante de las catecolaminas. La primera fue “el descubrimiento de un alcaloide de la rauwolfia serpentina, la reserpina, ampliamente utilizado en el tratamiento de la hipertensión arterial por su efecto antiadrenérgico, provocaba estados depresivos en caso el 15 por 100 de los pacientes tratados”. (Belloch, Sandín, y Ramos, 1995), la segunda fue el descubrimiento de la eficacia antidepresiva de fármacos que prolongan la acción de la noradrenalina cerebral “disminuyendo su catabolismo, como la imipramina y los inhibidores de la mono amino oxidasa” (Belloch, Sandín, y Ramos, 1995).

Para que se formen las catecolaminas se necesita de fenilalanina (aminoácido) que se obtiene necesariamente a través de la dieta, de él y de sus derivados que son la tirosina y tiramina se produce por hidroxilación enzimática la DOPA (3,4 dihidroxifenilalanina). Después la DOPA se descarboxila y se obtiene la Dopamina, que ya es una catecolamina. En las estructuras noradrenergicas se convierte en noradrenalina, a partir de esta se forma la adrenalina. Las situaciones de estrés aceleran la síntesis de catecolaminas, cuando el estrés se prolonga del nivel tolerado disminuye la síntesis de catecolaminas. “La dopamina y la noradrenalina son degradadas por la acción de la mono amino oxidasa y catecol-orto-metil-transferasa. El COMT ejerce su acción sobre todo extracelularmente, y aunque en los tejidos periféricos, sobre todo en el hígado y

en el riñón” (Belloch, Sandín y Ramos, 1995), pudiendo actuar directamente sobre las catecolaminas, en el tejido cerebral parece necesitar la acción previa de la mono amino oxidasa “Por esta razón, la proporción de los catabolitos procedentes de la degradación de noradrenalina y adrenalina periférica son diferentes a los de origen cerebral” (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Lo anterior resulta bastante conveniente ya que así es más fácil identificar la actividad noradrenergica cerebral y es por esto que existen pruebas para medir los niveles de monoaminas cerebrales, una de estas es la prueba del probenecid que “ha permitido una clasificación bioquímica de las depresiones en cuatro grandes grupos, según el déficit de neurotransmisión implicado (noradrenérgicas, serotoninérgicas, dopaminérgicas y no biológicas)” (Belloch, Sandín, Ramos, 1995). Estas pruebas no resultan prácticas, es por esto que no se hacen comúnmente.

Ahora bien la serotonina es una importante indolamina también implicada en la depresión sus funciones son múltiples y muy importantes, un “déficit de serotonina ha sido asociado con la regulación de numerosos sistemas neurobiológicos, incluyendo el sueño, el apetito, la actividad sexual, los ritmos circadianos, la función neuroendocrina, por citar sólo unos pocos” (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Como veremos más adelante en la sintomatología de la depresión endógena todos estos sistemas se encuentran alterados e incluso “en algunos tipos de depresión asociados con tendencias suicidas parecen estar relacionados con disminución real de la producción de serotonina en los tejidos

cerebrales” (Van Praag, En Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Un déficit en la serotonina predispone la aparición de un trastorno afectivo y “aunque el conocimiento no es ni con mucho definitivo, sí parece cierto, sin embargo, que la disminución de monoaminas en el sistema nervioso central puede provocar depresión, mientras que su incremento corrige los síntomas en los enfermos afectos” (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Una vez comprendidas las bases químicas y biológicas del trastorno depresivo se necesita dar una definición más clara de la depresión endógena, para esto es necesario tomar en cuenta los síntomas ya que esto será un distintivo importante entre esta y la depresión por desesperanza. Por lo tanto “las depresiones endógenas serían aquellas con mayor sintomatología vegetativa (pérdida de peso, insomnio terminal, retardo psicomotor, etc.) y más síntomas graves, como el suicidio, y más recurrentes” (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Este tipo de depresión suele presentarse como consecuencia a una situación fisiológica producida dentro del organismo, más que como respuesta a una experiencia de vida, a una causa ambiental. Es por esto que la depresión biológica pareciese surgir de la nada lo que provoca la desconcertación y pesar de la persona afectada. “Además de los síntomas psicológicos y emocionales, existen una serie de síntomas físicos provocados por el mal funcionamiento de la química en los sistemas nervioso y hormonal” (Preston, 2004).

Los síntomas de una depresión endógena son los siguientes:

- Trastornos del sueño: Estos se presentan en un 70-80 % de los casos (Hidalgo y Santos, 2006), existe una serie de cambios en el ciclo normal del sueño, el insomnio inicial suele presentarse primero este consiste en las dificultades para dormir, estos desordenes en el hábito de dormir son característicos de la depresión e indican que hay un mal funcionamiento en el área del cerebro que regula el ciclo del sueño, los desórdenes son éstos:
 - Despertar en la madrugada: despertar una o dos horas antes de la hora usual en que la persona se levanta y no poder conciliar el sueño.
 - Insomnio intermedio: despertar en repetidas ocasiones durante la noche, existiendo la posibilidad de volver a conciliar el sueño.
 - Hipersomnia: dormir en exceso.
 - Poca calidad de sueño: a pesar de haber dormido, la persona se siente cansada durante el día, no ha habido un sueño reparador (Preston, 2004).
 - Desajustes en el apetito: la persona comienza a comer demasiado o por el contrario disminuir la ingesta diaria de alimentos. Generalmente, perder peso es considerado como indicativo de la depresión biológica, por su parte el aumento de apetito puede ser una respuesta psicológica pues, con frecuencia, comer es una forma de autocomplacencia que elimina la sensación de vacío interno. Sin embargo, “algunos tipos de depresión biológica tienden a provocar un aumento en el apetito” (Preston, 2004).

- Disminución de la libido: el interés sexual es mínimo y en algunos casos nulo, la persona con depresión biológica puede tener una relación estable y feliz, sin que se encuentre algún motivo externo en la pérdida del deseo sexual.
- Fatiga: como producto de los desórdenes del sueño ya mencionados.
- Anhedonia: “Deterioro de la capacidad de disfrutar o de sentir placer, puede generar un retraso psicomotor importante que, en las formas graves, puede desembocar en cuadros de estupor catatónico” (Hidalgo, Santos, 2006).
- Antecedentes familiares de depresión: cuando un familiar directo del paciente ha presentado un cuadro depresivo, existe una mayor probabilidad de que haya una depresión por causas no ambientales, también se incluyen antecedentes de trastornos alimenticios, por abuso de sustancias, suicidios y otros trastornos del estado de ánimo como el Bipolar.
- Ataques de pánico: éstos son episodios repentinos y severos de angustia caracterizados por alguno, o todos, de los siguientes síntomas o signos: ritmo cardíaco acelerado; dificultad para respirar; desmayo; mareo; temblor de los dedos; algunas veces dolor en el pecho; la sensación de peligro (sin saber a qué se teme); sentimiento de pánico y un miedo intenso de volverse loco o perder el control. “Estos episodios generalmente se prolongan sólo por cinco o diez minutos” (Preston, 2004).

Lo anterior escrito representa el origen e historia, bases y síntomas de la depresión endógena para marcar así una clara distinción de esta con la teoría de la depresión por desesperanza que se abordará a continuación. Por último y como conclusión del tema se expone que “el estado depresivo influye a su vez en las relaciones interpersonales, el entorno y las pautas de gratificación, creando situaciones depresógenas con experiencias de pérdida, indefensión y estrés, que influyen de nuevo negativamente en la actividad de los neurotransmisores” (Belloch, Sandín y Ramos, 1995), cerrando así un círculo vicioso de retroalimentación positiva, que tiende a mantener indefinidamente el proceso. Las personas con depresión se encuentran atrapadas en ese círculo, y necesitan de la ayuda de profesionales para poder salir de este.

d) Teoría de la depresión por desesperanza

Esta teoría fue propuesta por Lynn Abramson, Gerald Metalsky y Lauren Alloy, investigadores de la Universidad de Wisconsin, en 1989 y “a diferencia de la depresión endógena, la depresión por desesperanza es un subtipo de depresión que se produce, al menos en parte, como reacción a estresores ambientales” (Fernández, Extremera y Ramos, 2003).

La causa suficiente y próxima para que aparezca este tipo de depresión es la desesperanza: “la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso” (Belloch, Sandín y Ramos. 1995). Las personas que presentan este tipo de depresión son vulnerables cognitivamente hablando, los autores la dividen en tres patrones inferenciales desadaptativos: 1) tendencia a inferir que los factores estables y globales causan los sucesos negativos (entendiendo a los estables como persistentes durante el tiempo y a los globales como los que pueden afectar muchas áreas de la vida), 2) tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros y 3) tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo (a) cuando ocurren sucesos negativos. Por ejemplo, una persona cuya pareja le ha dejado, puede dar un sinnúmero de razones para explicar este acontecimiento, si sus explicaciones son siempre iguales, entonces serán “estables”, por ejemplo puede llegar a la conclusión de “siempre soy dejado por todas mis parejas”. Si se está dando esa condición de estabilidad (para explicar los eventos), la persona puede esperar que se repitan situaciones parecidas y mostrar signos de desamparo cuando tenga una relación de pareja, de acuerdo a este ejemplo. Por otro lado si su explicación es global más que específica, es decir, si generaliza su indefensión a cierto contexto a todos los aspectos de su vida (por ejemplo, “soy incapaz de mantener a una persona a mi lado”), sus expectativas serán que sucedan cosas malas en otras áreas y se sentirá como un fracasado. Por último si su explicación busca razones siempre internas en vez de externas (“es mi culpa, no

de la otra persona), tendrá mayor probabilidad de padecer depresión. Es así que cuando ocurre uno o varios sucesos negativos de gran importancia para el sujeto, se activa la vulnerabilidad, y se comienza a atribuir e inferir negativamente sobre los mismos. Al interpretar de forma subjetiva los acontecimientos se generan estados de desesperanza, se cree que algo negativo va a ocurrir aunado a un sentimiento de indefensión, creyendo así que no se puede hacer algo para evitarlo. En esta teoría la vulnerabilidad cognitiva conduce a la depresión

En ocasiones la desesperanza puede ir acompañada de una baja autoestima, pero no es un patrón que se repita en todos los casos. La autoestima no tiene una gran importancia en esta teoría. Sería más bien el primer patrón inferencial lo que determinaría el alcance de la desesperanza.

“Los autores rescatan el concepto de «información situacional» proveniente de la psicología social y lo integran para explicar los patrones inferenciales desadaptativos, en este sentido, la información situacional que sugiere que un suceso negativo es bajo en consenso” (Belloch, Sandín y Ramos, 1995), (ejemplo: «a poca gente le pasa lo que me está aconteciendo»), el suceso también es bajo es distintividad (ej. «No sólo me pasa en esas circunstancias, sino en muchas otras más»), y es alto en consistencia (ej. «Me pasa a menudo»), lo anterior hace favorable una explicación de carácter atribucional que lleva

finalmente a la desesperanza. Esta parte de la teoría fácilmente podría confundirse con la de Beck, sin embargo esta no incluye errores o distorsiones cognitivas. Se han excluido debido a que los autores “han descubierto la posibilidad de que los depresivos pudieran ser más precisos en su visión de la realidad que los no deprimidos, fenómeno que se ha denominado «realismo depresivo» “(Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Otra diferencia es que en la teoría de Abramson y equipo, las atribuciones negativas son “procesos sesgados” pero no por eso distorsionados. Un juicio que esta sesgado puede estar distorsionado, pero también coincidir con la realidad y ser objetivo.

Dentro de las causas para desarrollar un trastorno depresivo según Rose y Abramson se encuentra que la historia de “maltrato y desatención durante el desarrollo evolutivo contribuye a la formación de riesgo cognitivo hacia la depresión. “En primer lugar hallaron que un subgrupo de pacientes depresivos hospitalizados verbalizaban espontáneamente cogniciones que sugerían una elevada vulnerabilidad cognitiva hacia la depresión” (Abramson, Alloy y Metalsky, 1997). Esto para los autores es un sustento de lo ya mencionado anteriormente sobre la teoría de Beck, es decir, los pacientes no presentarían distorsiones cognitivas, sino representaciones internas del maltrato sufrido.

En los resultados de un estudio llevado a cabo por Abramson y Rose en 1996 los participantes con depresión clínica de inicio durante la infancia habían

tenido un nivel de abuso general más grave que los depresivos de inicio durante la adolescencia y la edad adulta, y que los participantes no depresivos. En la mayoría de los casos "(92%), la edad en que había ocurrido el primer maltrato precedía la edad de comienzo de la primera depresión, lo cual es consistente con la hipótesis de que el maltrato durante el desarrollo contribuye al riesgo para la depresión" (Abramson, Alloy y Metalsky, 1997). Es así como en esta teoría el ambiente en el que se desarrolla el sujeto resulta de gran importancia, ya que las personas que vivieron en un entorno inestable, de abusos y maltratos resultan más propensas a la depresión. La relación del maltrato infantil y la depresión resulta muy importante para explicar las causas de ésta en la teoría de Abramson.

El abuso emocional "puede ser un contribuyente particularmente virulento hacia la vulnerabilidad cognitiva para la depresión porque, en contraste con el abuso físico o sexual, en el abuso emocional el sujeto que produce el abuso, por definición, proporciona cogniciones negativas a la víctima" (Abramson, Alloy y Metalsky, 1997). El abuso emocional enseña a las personas a tener un estilo cognitivo depresivo. Los participantes del estudio de Rose y Abramson expresaban: "Las magulladuras sanan. Ser golpeado no es la peor cosa. Pero yo no podría olvidar esas cosas terribles que mi madre me dijo. No puedo conseguir que salgan de mí cabeza los nombres que ella me llamó." (Abramson, Alloy y Metalsky, 1997). Las palabras dichas durante el desarrollo de los sujetos con depresión habían tenido un gran impacto, tanto que aún con el paso del tiempo

seguían recordándolas y pensando que eran ciertas, sus cogniciones eran influidas por su pasado, este los predisponía a tener depresión, les enfermaba.

En 1996 Rose y Abramson demostraron la existencia de una asociación entre maltrato evolutivo, vulnerabilidad cognitiva y el historial de depresión, lo cual proporciona un apoyo a la idea de que los depresivos al final de todo puede que no sean tan irracionales ni tengan distorsiones cognitivas. “Sus participantes maltratados parece que aprendieron muy bien lo que su medio ambiente debió enseñarles. Aprendieron que la respuesta "disfuncional" a la Disfuncional Attitude Scale (DAS) era, de hecho, la respuesta correcta” (Abramson, Alloy y Metalsky, 1997). La Escala de Actitudes Disfuncionales de Weismann y Beck mide cómo valora una persona los procesos de interacción social, qué espera de ellos, qué está dispuesto a dar a cambio, determina si se es o no vulnerable al fracaso, a la frustración, a la depresión, porque la interiorización de los conceptos sociales son sometidos previamente a un razonamiento basado en la experiencia y en sus resultados. El comentario de uno de los sujetos participantes del estudio de Rose y Abramson es un ejemplo de lo que estos autores mencionan en su teoría:

Nosotros crecimos traumáticamente. Hemos visto cosas que usted probablemente nunca ha visto, cosas que su papá y su mamá se hagan el uno al otro; pero nosotros no estamos locos. Y hemos resultado dañados por ello. Estamos muy heridos. Y esto es la causa de todas estas etapas depresivas que he estado atravesando, porque no puedo afrontar las cosas. Sí hubiera

crecido desde niño como un chico más fuerte, no creo que estuviese pasando por estos problemas. (Testimonio de paciente depresivo, En Abramson, Alloy y Metalsky, 1997).

El sujeto expone que la depresión ha sido producto de las experiencias negativas en su infancia, cree que si esta hubiese sido distinta, sería una persona más fuerte cognitivamente para afrontar las dificultades que se le presentan en su vida, no se ve a sí mismo como un “loco” sino más bien como una persona a la que se le enseñó a tener conductas desadaptativas por unos padres que probablemente estaban desajustados psicológicamente, y esto en la actualidad lo hace sentir triste, “herido” y vulnerable.

Para reafirmar lo anterior, también se ha encontrado “que las figuras parentales de estas personas hacían más atribuciones estables y globales de las situaciones negativas que vivían sus hijos, así como que las madres tenían más cogniciones negativas, y los padres mostraban menos aceptación emocional de sus hijos” (Ingram, En Abramson, Alloy y Metalsky, 1997).

Rose y Abramson proponen en cuanto a la prevención y el tratamiento que enseñar a los padres modos menos abusivos de criar a sus hijos podría ser importante para la prevención de la depresión. “Además, la terapia cognitiva podría ser particularmente importante para las personas depresivas que poseen historia de maltrato, ya que probablemente poseen un elevado nivel de

vulnerabilidad cognitiva para la depresión” (Abramson, Alloy y Metalsky, 1997). A pesar de que los autores de esta teoría no están de acuerdo en las distorsiones cognitivas que Beck atribuye a los depresivos si creen que la terapia cognitivo conductual para la depresión es de ayuda para los pacientes que la presentan.

La sintomatología que presentan los pacientes con este tipo de depresión es la que se presenta a continuación:

- Desesperanza: visión negativa de la realidad en un contexto determinado, actitud pesimista ante el presente y/o futuro.
- Problemas de sueño: que pueden ser insomnio (dificultad para iniciar o mantener el sueño) o hipersomnolia (sueño excesivo, constante e involuntario).
- Cansancio: falta de fuerzas para realizar las actividades de la vida cotidiana debido a una falta de descanso.
- Dificultad para tomar decisiones: el sujeto no encuentra una conducta adecuada para resolver una situación problemática.

Para concluir es importante destacar lo significativa que es la variable desesperanza en el proceso salud-enfermedad, “la esperanza-desesperanza (E-D), la concebimos como un proceso dialéctico, de carácter multidimensional y polifacético. Se trata de un proceso dinámico en constante tensión dialéctica, con

dos alternativas polarizadas que configuran, entre ambas, un espectro gradual continuo con múltiples formas intermedias” (Oblitas y Becoña, 2010).

3.2 Fundamentos teóricos de la inteligencia emocional.

a) Antecedentes históricos de la emoción.

En los Diálogos de Platón se habla de las emociones, se les divide en dos, dolor y placer. Se menciona que es necesario que haya un equilibrio entre estas ya que al suscitarse un desbalance la razón del hombre se vería afectada, pero la aportación más elaborada al concepto de emoción se da por parte de Aristóteles la define como una condición que transforma al individuo, afecta su juicio y viene acompañada de placer y dolor. Él menciona que se pueden educar y controlar las emociones para así utilizarlas a favor propio y de los demás.

Otro punto de vista acerca de las emociones es el de los estoicos los cuales las consideraban como negativas e innecesarias. Séneca las condenaba porque pensaba que estas convertían a las personas en esclavas.

En la Edad Media se creía que la emoción estaba en una constante lucha con la razón, ya que las primeras muchas veces originaban las pasiones, esto sería considerado por la iglesia como pecado, ya que se consideraba se debía

anteponer la razón a las pasiones, las cuales serían castigadas por Dios. Así es como casi todas las teorías medievales relacionaban las emociones con aspectos negativos, y éstas debían ser negadas. Tiempo después con el filósofo francés René Descartes (1596-1650) y a partir de su libro “Las pasiones del alma” surge la idea del dualismo mente-cuerpo, en esta obra el nombra a las emociones como pasiones y estas se dividen en dos: mente (pensamientos) y cuerpo (percepciones). El alma según Descartes reside en la glándula pineal, y es ahí donde se encuentran alojadas las emociones, a su vez estudio el lado fisiológico de las emociones, lo que posteriormente contribuiría a otras teorías.

Darwin en su obra “La expresión de las emociones en los animales y en el hombre” ve a estas como hereditarias y adaptativas, además habla sobre cómo se expresan estas físicamente ya sea por medio del cuerpo o con movimientos faciales, anota que:

Tanto los animales jóvenes como los viejos expresan igual sus sentimientos, que no es difícil advertir cuán sorprendente es que un perrito pequeño pueda mover la cola cuando está contento, bajar las orejas y descubrir los colmillos cuando quiere mostrarse salvaje, exactamente igual que un perro adulto; o que un gato de corta edad arquee su pequeño lomo y erice el pelo cuando se asusta o se irrita, como un gato mayor. Muchas veces, cuando dirigimos la atención hacia los gestos menos comunes en nosotros mismos, los cuales acostumbramos a ver como artificiales o convencionales -encogernos de hombros como signo de impotencia, o elevar los brazos con las manos abiertas y los dedos extendidos en señal de admiración- quizá sintamos demasiada sorpresa ante el descubrimiento de que estas manifestaciones son innatas” (Darwin en Souza, 2011, p. 35).

Por medio de la observación y a través de sus viajes descubre que a pesar de ser de diferentes culturas la gente tiende a expresar sus emociones mediante un lenguaje corporal muy parecido, las ve a estas como una forma de comunicación que sirve para la adaptación, nota que muchas veces lo que no se expresa mediante la palabra, inconscientemente es expresado físicamente. Darwin y psicólogos posteriores que trataban de explicar la aparición de las emociones en términos evolucionistas captaron muy pronto que las expresiones emocionales tenían un valor adaptativo-social en las especies animales. “Las señales agresivas o de apaciguamiento, las que invitan a aparecerse, las señales de miedo y petición de ayuda de la cría hacia las madres, etc.... son conductas que contribuyen a regular la vida social” (Perinat, En Souza, 2011) y tendrían la misma función en los humanos.

William James publica en 1884 su artículo denominado “¿Qué es la emoción?”, en el mencionaba que primeramente se daba la percepción, esta desencadenaba cambios corporales, y la sensación que se tenía de esos cambios era la emoción. Para Fernández-Abascal lo que trataban de explicar es que los cambios corporales, tanto fisiológicos como motores, que denominamos "reacción emocional" son en realidad los que constituyen y generan la experiencia emocional. La sensación que nos producen estos cambios, en el momento en que se producen, es la emoción; que es, por lo tanto, la experiencia afectiva de una conducta refleja. De manera clara y comprometida, James ordena causalmente los distintos componentes de la emoción: en primer lugar, la

situación; en segundo lugar, la reacción emocional; y, en tercer lugar, la experiencia emocional.

Desde este punto de vista psicofisiológico las emociones son la percepción que se tiene de los fenómenos fisiológicos, para que estas tengan lugar es necesario que se presente una situación que estimule cambios en el cuerpo para así generar reacciones emocionales.

Posteriormente para los conductistas las emociones no ocuparían un lugar relevante en la psicología, por lo que no se centrarían en estudiarlas. Sin embargo Watson y Skinner hablan acerca de ellas, basados en los fenómenos observables, para ellos los estímulos ambientales serían los causantes de la emoción y a su vez las determinarían. Según Skinner: La expresión de la vida emocional y motivaciones de la mente se ha descrito como uno de los grandes logros en la historia del pensamiento humano, pero muchos otros consideran que es posible que haya sido uno de los grandes desastres. “En su búsqueda de explicación interna, apoyada en el falso sentido de causa asociada a los sentimentalismos se ha oscurecido los antecedentes ambientales que habrían conducido a un análisis más efectivo” (Skinner, En Souza, 2011), como se puede notar deja de lado todo aquello que no se puede observar y se centra en como el ambiente influye en la emoción.

Para Watson las tres emociones más importantes en los seres humanos son el amor, la ira y el miedo. Estudio las fobias ya que en estas había un estímulo ambiental que desencadenaba una emoción, pero se limitó a las conductas meramente observables. Los conductistas afirmaban que la conducta emocional podía ser condicionada a través de refuerzos negativos o positivos. El aspecto cognitivo de la emoción es dejado de lado durante la época conductista.

Más adelante en la década de los 60's la parte cognitiva de la emoción es estudiada por Magda Arnold que define la emoción como una tendencia hacia algo evaluado como bueno o la evitación de algo evaluado como malo, es decir en las emociones que se consideran positivas el individuo se predispone hacia el estímulo que está promoviendo la emoción mientras que las evaluadas como negativas se hará un intento por evitarlas.

“Singer y Schachter proponen la teoría de los dos factores, postulaban que las emociones eran producto de la interacción fisiológica y cognitiva, para que haya una emoción primero existe una evaluación cognitiva de una situación y de los cambios corporales” (Bisquerra, Obiols y Redorta, 2006). La persona se da cuenta de cuales han sido los cambios fisiológicos, toma conciencia de lo que acontece a su alrededor y nombra a sus emociones de acuerdo a las dos observaciones realizadas.

Lazarus en 1991 psicólogo clínico, retoma las investigaciones de Arnold y las amplía, para él las interpretaciones que hacen las personas de las situaciones determinan sus emociones. El aspecto cognitivo es necesario para la emoción. Así es que las emociones son el resultado, no de la situación en que se encuentra la persona sino de la evaluación que hace de esa situación en relación a sus necesidades, recursos y deseos. El esquema de Lazarus recoge la secuencia Estímulo-Evaluación-Emoción.

Palmero en 1997 da un papel muy importante a la actividad cognitiva en el desarrollo de la emoción, debido a que para experimentar una emoción la persona debe saber que su bienestar puede verse afectado positiva o negativamente. Existen cambios fisiológicos pero son modulados por la cognición

Después de ver los puntos de vista de distintos enfoques para dar un concepto de emoción, se puede definir a esta como “un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno” (Bisquerra, Obiols y Redorta, 2006). El estudio de las emociones en la actualidad es considerado muy importante y se continúan haciendo estudios científicos para conocer más acerca de estas.

Los aspectos que conforman la emoción son los siguientes:

1. “Un estado afectivo subjetivo: en este sentido la emoción nos afecta de forma individual, y hace que nos sintamos rabiosos o felices.
2. Una respuesta biológica: hablamos de reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para una acción adaptativa al entorno.
3. Un aspecto funcional: igual que el hambre o la sed tienen una función en el equilibrio fisiológico, la emoción del miedo nos prepara para huir del peligro, y lo mismo, aunque distinta finalidad, puede decirse del resto de emociones.
4. Un fenómeno social: en cuanto que las emociones se expresan, siquiera de forma no verbal, constituyen comunicación y, por lo tanto, se orientan hacia la interacción con los demás”. (Bisquerra, Obiols y Redorta, 2006).

Como conclusión se puede decir que hay una interacción continua entre emoción, pensamiento y acción. Las emociones influyen en lo que pensamos y en lo que hacemos. A su vez, los pensamientos influyen en la forma de experimentar las emociones y en las acciones. Pero, además, las acciones repercuten en el pensamiento y la emoción” (Bisquerra, Obiols, Redorta, 2006).

b) Concepción de inteligencia.

La inteligencia es un término que se utiliza en el lenguaje cotidiano, y usualmente con frecuencia, sin embargo en el ámbito científico no existe un

consenso acerca de la definición de esta. El Diccionario de la lengua de la Real Academia Española define la inteligencia como “la capacidad para aprender o comprender” y como “la capacidad para resolver problemas”.

Aunque no hay un consenso acerca de lo que es la inteligencia, pareciese que si existe un acuerdo sobre lo que no es; no es una unida, ni una entidad o una cosa. En todo caso, la inteligencia es un constructo de difícil definición, reconocido en las personas a través de sus conductas en una serie de situaciones en las que se les compara con un «patrón» de ser inteligente” (Beltrán y Bueno, 1995). La inteligencia es difícil de definir, es compleja, y tal vez por eso es que sea tan complicado limitarla a un concepto, para entenderla mejor es necesario conocer su historia y el desarrollo de esta hasta llegar a las teorías que se utilizan actualmente.

Broca es quien inicia con la investigación sobre la inteligencia, él se encontraba interesado en el cerebro humano y sus funciones, además de descubrir el área del lenguaje que lleva su nombre. Su contemporáneo Galton hacía investigaciones aplicando la campana de Gauss. Por aquellos tiempos también Wundt se encontraba inmerso en el estudio de los procesos mentales mediante lo que el denominaba “introspección”. Sin embargo no es hasta 1905 que Alfred Binet elabora el primer test para medir la inteligencia por pedido del Ministerio de Educación Francés, junto con Simon crea y desarrolla el concepto

de edad mental (E.M.) utilizándolo en su Escala Métrica de Inteligencia, en esta lo que se hacía era relacionar el desarrollo intelectual con el rendimiento promedio según la edad cronológica del sujeto. El concepto de Cociente Intelectual viene a aparecer en 1911 con Stern que era el resultado de la división entre edad mental y edad cronológica (EM/EC) para posteriormente multiplicar este resultado por cien. “Más tarde, Terman mejorará y estabilizará el C.I. proporcional de Stern asignando una media de 100 puntos y una desviación estándar de 15 puntos para cualquier grupo de edad cronológica, definiendo el Cociente Intelectual de desviación que actualmente se utiliza” (Cima y Miralles, 2010). Según las pruebas de inteligencia para que una persona sea superdotada debe tener un cociente intelectual mayor a 130 pero la gran mayoría mide las áreas verbales y lógico matemáticas, lo cual hace que se vea reducida su aplicación y que el concepto de C.I. sea de controversia en la comunidad científica.

En 1938 Thurstone rechaza la teoría de una inteligencia general y analiza siete habilidades esenciales estableciendo la teoría factorial de la inteligencia, como son “la comprensión y la fluidez verbal, habilidad numérica, percepción espacial, memoria, razonamiento y rapidez de percepción. Cattell distingue en 1967 entre Inteligencia Fluida e Inteligencia Cristalizada. Spearman, establece el factor g como índice general de la inteligencia”. (Sánchez, Blum y Piñeyro, En Díaz, Enríquez y Pérez, 2012). Se continuaba haciendo referencia a habilidades numéricas, verbales, espaciales, de memoria y perceptivas, centrándose

básicamente en el éxito académico y siempre relacionadas con este, dejando de fuera aspectos afectivos y emocionales por no considerarles de gran importancia.

Posteriormente se dio la existencia de otros modelos de estudio más complejos para describir la inteligencia y que aquí se explicarán brevemente.

- Primeramente el modelo más conocido es el propuesto por Joseph Renzulli (1978) denominado "de los "Tres Anillos", el cual considera que "la superdotación resulta de la interacción de tres variables: (a) Una capacidad intelectual superior a la media, (b) Una clara motivación y un compromiso con las tareas intelectuales y (c) Una alta creatividad". (Cima y Miralles, 2010). En este modelo se excluye a aquellas personas que solamente obtuviesen buenas notas en la escuela, pero no mostrasen actitudes y aptitudes creadoras.
- Segundo F. J. Mönks ampliará el modelo propuesto por Renzulli tomando en consideración "la influencia que ejercen sobre el individuo el ámbito escolar, el contexto familiar y el grupo de iguales, los cuales pueden ayudar al desarrollo y avance de la superdotación o pueden llegar a bloquear sus potencialidades". (Cima y Miralles, 2010). Como se puede ver el ambiente comienza a tomarse en cuenta, es decir pueden existir personas que tengan la inteligencia y creatividad, pero si esta es limitada por el contexto familiar, escolar o social, la persona no desarrollará por

completo su superdotación y pasará desapercibido como un individuo promedio.

- Tercero “Howard Gardner considera que la inteligencia no es una estructura monolítica, sino que puede ser subdividida en unidades independiente e interactuantes entre ellas, pudiendo diferenciarse siete subtipos” (Cima y Miralles, 2010). (1) inteligencia lingüística, relacionada con la lectura, la escritura y la expresión oral, (2) inteligencia lógico-matemática, relacionada con el cálculo y el razonamiento lógico, (3) inteligencia viso-espacial, relacionada con habilidades artísticas como la pintura o la escultura, (4) inteligencia musical, relacionada con las aptitudes del sujeto para discriminar ritmos, timbres, memoria tonal, (5) inteligencia físico-kinestésica, relacionada con la coordinación psicomotriz, (6) inteligencia interpersonal, relacionada con las habilidades sociales y, por último (7) inteligencia intrapersonal, relacionada con el autoconocimiento y la autoestima. Este modelo goza de gran popularidad en la actualidad y ha servido para tener un panorama más amplio acerca de lo que es la inteligencia, la superdotación en este ya no es excluyente ya que permite que las personas puedan destacarse en distintas áreas y no sólo en las dos más utilizadas; la lógico-matemática y la verbal, no se cae en comparaciones innecesarias y no se determina que una inteligencia sea mejor que otra, sólo son diferentes.

- En cuarto y último lugar se encuentra por Robert Sternberg la denominada “Teoría pentagonal implícita de la superdotación intelectual (1993), la cual considera que para que una persona sea calificada como superdotada debe cumplir cinco criterios” (Cima y Miralles, 2010): (1) criterio de excelencia, destacando claramente sobre los demás en un ámbito importante de desarrollo, (2) criterio de rareza, el ámbito en el que se destaca es realmente único, (3) criterio de productividad, el sujeto debe ser capaz de darle un sentido «productivo real» a su excepcionalidad, (4) criterio de demostrabilidad, las habilidades en que el sujeto destaca deben poder ser demostrables con fiabilidad y validez, y (5) criterio de valor, la sociedad debe valorar como un bien para ella misma y para el sujeto el ámbito en el que el sujeto destaca, en función de la posible existencia de un contravalor no deseable. Esta teoría de cierta forma es la primera que implica la ética, si se considera el quinto criterio, ya que a lo largo de la historia han existido personas superdotadas que no han utilizado su inteligencia para buenos fines, sino por el contrario han hecho daño a la sociedad. El autor contribuye a dar una visión más amplia del constructo, valora la inteligencia como de naturaleza plural y no singular.

A psicólogos como Robert Sternberg, Howard Gardner y Peter Salovey, hay que agradecer que empiece a consolidarse un concepto mucho más amplio de la inteligencia. “La idea de las inteligencias múltiples está sustituyendo el concepto unilateral de inteligencia abstracto-académica que Alfred Binet el padre de los

test para determinar el CI, hizo arraigar hace cien años en todas las mentes”. (Martin y Boeck, En Díaz, Enríquez y Pérez, 2012). Los nuevos descubrimientos en neurociencias, poco a poco van relevando al antiguo y retrogrado concepto de inteligencia, es un bien a la sociedad ya que se aprovechan a todos los talentos posibles y contribuyen al mejoramiento de esta.

De todas estas inteligencias, son la inteligencia interpersonal y la intrapersonal las que nos interesan particularmente, ya que son las que tienen que ver con la Inteligencia Emocional. “En cierta forma, la IE está formada por estas dos inteligencias. En otro orden de cosas, la inteligencia interpersonal tiende a coincidir con lo que otros autores han denominado inteligencia social”. (Zirkel, Topping y Bremmer y Holmes, En Díaz, Enríquez y Pérez, 2012).

c) La inteligencia emocional.

La inteligencia emocional es un concepto que ha tomado gran importancia desde los noventa hasta nuestros días, sin embargo poco se conoce acerca de sus orígenes y se tiende a relacionarla inmediatamente con Daniel Goleman, es importante conocer que él no fue el primero en hablar de ella. Los primeros investigadores en establecer una definición fueron los doctores en psicología John Mayer y Peter Salovey, “quienes puntualizaron que se trataba de la habilidad para supervisar los sentimientos y emociones propios y ajenos, con el

fin de lograr discriminarlos y utilizar esta información en la orientación del pensamiento y el comportamiento propio” (González y López, 2005). “Salovey y Mayer son los primeros autores que aproximan una definición sobre la inteligencia emocional, sobre la importancia de los procesos neurobiológicos de la zona límbica del cerebro y su influencia sobre los procesos discursivos situados en la zona cortical” (Riart y Soler, 2004). Anteriormente otros psicólogos como Wechsler en 1940, Gardner en 1983 o Sternberg en 1988, ya habían hablado sobre lo importante de conocer y gestionar las emociones propias y ajenas, pero le habían llamado con otro nombre, por lo que es en el artículo de Salovey y Mayer donde se comienza a desarrollar la IE, el estudio quedó en el olvido hasta que el psicólogo Daniel Goleman lo retoma y le dio gran popularidad con su libro *Inteligencia Emocional* publicado en 1995.

Epstein (1998) atribuye la rápida aceptación y el éxito de la inteligencia emocional a tres factores:

1. El cansancio provocado por la sobrevaloración del cociente intelectual (CI) a lo largo de todo el siglo XX, ya que había sido el indicador más utilizado para la selección de personal y recursos humanos.

2. La antipatía generalizada en la sociedad ante las personas que poseen un alto nivel intelectual, pero que carecen de habilidades sociales y emocionales;

3. El mal uso en el ámbito educativo de los resultados en los tests y evaluaciones de CI que pocas veces pronostican el éxito real que los *Inteligencia Emocional*. (Díaz, Enríquez y Pérez, 2012).

Este autor nos brinda una explicación bastante completa acerca de las diferentes variables que intervinieron para que el concepto de IE alcanzase tanta popularidad. Por lo anteriormente mencionado, muchas personas se encontraban interesadas en desarrollarla y eso abrió paso a la venta de libros de autoayuda en donde cada quien planteaba diferentes componentes de la IE y características, sin embargo hoy en día existen bases sólidas para medir la IE y relacionarla con otras variables importantes, que se relacionan directamente con nuestro comportamiento tales como la depresión, el estrés y la ansiedad por poner algunos ejemplos.

El concepto de inteligencia emocional también aumento su popularidad entre la comunidad científica la cual se fue interesando cada vez más por investigar como surgía, que tan cierto era que ella formaba parte del éxito de una persona, como se relacionaba con la vida diaria de una persona y en el cómo esta afrontaba sus problemas, que relación guardaba con el coeficiente intelectual, etc. “La inteligencia emocional es objeto de gran interés, debido a que hay evidencia de que las diferencias individuales en el procesamiento de la información afectiva predicen el éxito (Díaz, Enríquez y Pérez, 2012). La inteligencia emocional afecta en la salud mental según estudios, es por eso que en este trabajo se aborda como medio para ver qué grado de correlación existe con la depresión.

Salovey y Mayer (1997) actualizaron su concepto con el pasar de los años y en 1997 dieron a conocerlo: La habilidad de “percibir con exactitud, valorar y expresar emociones; la habilidad de acceder o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad de comprensión emocional y conocimiento emocional; y la habilidad de regular emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional”.

“Para estos autores la IE es considerada como la habilidad del procesamiento de la información emocional, igualándose a cualquier otra capacidad o habilidad cognitiva” (Díaz, Enríquez y Pérez, 2012). Esta teoría es la que goza de mayor reconocimiento científico y es más apreciada y valorada por sus bases empíricas, sus autores se han esforzado por crear instrumentos que puedan medirla, y que tengan validez y confiabilidad para que así puedan utilizarse en diversos estudios en el ámbito científico; uno de ellos es el Autoinforme TMMS-48 adaptado al español por Fernández-Berrocal y el cual se abordara más adelante.

La inteligencia emocional podría usarse como una variable predictiva del éxito de una persona, podría ayudar a un mejor afrontamiento de diferentes conflictos, y a un mayor control de las reacciones no positivas que surgen en el

entorno laboral. Es de suponer que una persona con una alta IE tendrían salud mental, un comportamiento más adaptado y asertivo.

La definición que Goleman da sobre la IE es la siguiente: “IE incluye autocontrol, entusiasmo, persistencia, y la habilidad para motivarse a uno mismo... Hay una palabra pasada de moda que engloba todo el abanico de destrezas que integran la IE: el carácter” (Goleman, 1995). Dentro de las habilidades que integran su concepto se encuentran las siguientes: conocimiento de las propias emociones, manejo emocional, automotivación, reconocimiento de las emociones en otros y manejo de las relaciones interpersonales. Desde su perspectiva todas estas habilidades se pueden desarrollar, y es aún mejor si se enseñan a las personas desde que son infantes.

“Nuestros sentimientos, nuestras aspiraciones y nuestros anhelos más profundos constituyen puntos de referencia ineludibles, nuestra especie debe gran parte de su existencia a la decisiva influencia de las emociones en los asuntos humanos. El poder de las emociones es extraordinario” (Goleman, 1995). Cuando el ser humano toma una decisión y después decide llevarla a cabo ha sido influenciado por la razón y la emoción, se espera que haya un equilibrio entre estas para que se obtengan mejores resultados. Cuando se tiene un trastorno como la depresión las decisiones y actos elegidos por las personas están más influenciados por la emoción que por la razón, lo que nos proponen

todos los autores que nos hablan de la IE es educar la emoción es decir dotarla de la inteligencia suficiente para ver las cosas lo más objetivamente posibles, no dejarnos engañar por nuestros sentimientos.

En la literatura sobre IE existen dos tipos de modelos para explicarla y conocer cuáles son sus componentes:

- Modelos mixtos: “se centran en la consideración de la IE como la combinación de dimensiones de personalidad (asertividad, extroversión, impulsividad, optimismo, motivación, felicidad, etc.) con habilidades emocionales (autorregulación emocional, autoconocimiento emocional, etc.)” (Sánchez, 2008). Centrándose en perfiles de competencias para el éxito, más que en modelos explicativos, tienen una visión más amplia del concepto, lo que hace que en ocasiones algunas variables (motivación o felicidad) no muestren correlación con la IE. “El Modelo de Goleman, se incluyen dentro de esta categoría de modelos mixtos. Estos modelos no parecen representar una nueva concepción del funcionamiento emocional por sí mismos, ni relacionar específicamente los conceptos de emoción e inteligencia” (Sánchez, 2008).
- Modelo de habilidad o del procesamiento emocional de la información: “menos conocido a nivel divulgativo pero de gran apoyo empírico en las revistas especializadas, se centra de forma exclusiva en el procesamiento emocional de la información y en el estudio de las capacidades relacionadas con dicho procesamiento” (Sánchez, 2008). Se refieren a la

IE como el conjunto de habilidades que permiten el uso adaptativo de las emociones, es decir, percibir, comprender y regular nuestros estados afectivos y utilizar la información emocional para mejorar los procesos cognitivos. “Desde esta perspectiva se enfatiza la importancia de este conjunto de habilidades de carácter cognitivo para una adaptación adecuada al medio, una aproximación muy similar a las definiciones de la inteligencia clásica” (Sánchez, 2008). El Modelo de Habilidades de Mayer y Salovey (1997) se encuadra dentro de este modelo.

Como pueden ver el término de inteligencia emocional es relativamente nuevo dentro de la psicología y aún quedan muchas partes por explorar, correlaciones que hacer e investigaciones, ha tomado tiempo para que pase de ser a no solo un término de moda sino un concepto sólido con bases empíricas y científicas. A pesar de existir distintos modelos para explicar la IE en este trabajo nos centraremos en el de Salovey y Mayer por ser bastante completo y debido a que el instrumento que se utilizara para medir la IE es hecho por estos autores y por supuesto fundamentado en su modelo.

3.2.1 Modelo de habilidades de Salovey y Mayer (1990)

“Aunque actualmente es la teoría que mayor aceptación ha conseguido en el ámbito científico y mayor producción investigadora ha provocado” (Fernández-

Berrocal, Extremera y Ramos, En Sánchez, 2008), en un principio este modelo se basaba en distintos trabajos con respecto a las emociones más que a la inteligencia o procesos cognitivos. Según esto la IE estaba formada por: valoración y expresión de las emociones, regulación de las emociones y utilización de las emociones, los cuales a su vez estaban formadas por los componentes que se muestran a continuación;

1.- Valoración y expresión de las emociones: en uno mismo (verbal y no verbal) y en los otros (percepción no verbal y empatía).

2.- Regulación de las emociones: en uno mismo y en otros.

3.- Utilización de las emociones: planificación flexible, pensamiento creativo, redirección de la atención y motivación.

Este modelo se reformulo y se le dio un papel esta vez más importante a lo cognitivo esto ocurrió en 1997 y es entonces cuando se definió a la IE como: la habilidad para percibir, valorar y expresar “la emoción adecuadamente y adaptativamente; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para entender las emociones y la cognición emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional (Mayer y Salovey en Sánchez, 2008). A este nuevo modelo ahora lo forman cuatro componentes habilidades: a) la capacidad para percibir y expresar las emociones de forma precisa; b) la capacidad para encauzar las emociones de modo que faciliten el pensamiento y el razonamiento;

c) la capacidad para comprender las emociones, especialmente el lenguaje de las emociones; y d) la capacidad para controlar las propias emociones y las de los demás. A continuación se da una descripción sobre estos:

1.- “Percepción y expresión de las emociones: incluiría la habilidad de identificar emociones en uno mismo, con sus correspondientes correlatos físicos y cognitivos, como también en otros individuos, junto con la capacidad de expresar emociones en el lugar y modo adecuado” (Sánchez, 2008). Sería la primera habilidad a desarrollar para poder adquirir el resto de competencias que integran la IE. El registro, la atención y la identificación de los mensajes emocionales, incluye las capacidades involucradas en la identificación de las emociones en las caras, las voces, las fotografías, la música y otros estímulos. Tienen una mayor precisión para percibir y dar una respuesta a sus emociones y las de otras personas, esto les daría una mayor capacidad de empatía, ya que comprenderían mejor a sus iguales.

2.- “Facilitación emocional del pensamiento (uso inteligente de las emociones): remite a la capacidad de aprovechar la información emocional para facilitar otros procesos cognitivos, como la resolución de problemas, el razonamiento, la toma de decisiones y la ejecución o desempeño creativo” (Sánchez, 2008). Las emociones dirigen nuestra atención a la información relevante, determinando tanto la manera en que procesamos la información como la forma de enfrentarnos a los problemas, y ciertos estados emocionales pueden crear condiciones mentales que sean favorables para el desarrollo de

determinadas tareas. En definitiva es “la capacidad para generar sentimientos que faciliten el pensamiento” (Sánchez, 2008).

3.- “Comprensión emocional: hace referencia al conocimiento del sistema emocional, es decir, cómo se procesa la emoción, y cómo afecta el empleo de la información emocional, a los procesos de comprensión y razonamiento” (Sánchez, 2008). Designa la capacidad de etiquetar las emociones poniéndoles un nombre, la comprensión del significado emocional no sólo en emociones sencillas sino también en otras más complejas, reconociendo las relaciones establecidas entre los distintos estados afectivos y la evolución de unos estados emocionales a otros. Una persona dotada para comprender las emociones “podría gozar de la capacidad para percibir diferencias entre emociones emparentadas: entre la alegría y el enorgullecimiento, reconocer que la irritación desatendida puede llevar a la furia, o que la envidia a menudo es experimentada en contextos que también evocan celos” (Sánchez, 2008). Las personas con inteligencia emocional son capaces de comprender las emociones, lo que significan, como se relacionan, como pueden llegar a cambiar, todo esto le ayuda a manejar mejor sus relaciones interpersonales y tener un mayor conocimiento de la naturaleza humana. Saben reconocer los términos para describir emociones así estas sean confusas.

4.- “Manejo de las emociones: hace referencia a la capacidad de estar abierto tanto a estados emocionales positivos como negativos o apertura a los sentimientos, de reflexionar sobre los mismos para determinar si la información que los acompaña es útil” (Sánchez, 2008) sin reprimirla ni exagerarla, así como de regular nuestras propias emociones y las de otros. “Constituye quizás el carácter asociado con mayor frecuencia a la definición de inteligencia emocional, como consecuencia de la presión de la sociedad actual sobre la idoneidad de la regulación de nuestras emociones” (Sánchez, 2008). Generalmente se tiende a pensar que la IE nos libra de emociones no deseadas en nuestras relaciones con otros con la esperanza de que encontremos una forma de manejarlas sin que salgan de nuestro control. Esto puede suceder, existen posibilidades, pero esta habilidad no hace referencia a la eliminación de la emoción por completo ya que podría confundir a la IE. No se busca suprimir ni negar las emociones sino redirigirlas o encauzarlas ya sean las propias o ajenas.

Estas cuatro habilidades ya mencionadas: 1) Percepción y expresión emocional, 2) Facilitación emocional del pensamiento, 3) Comprensión emocional y 4) Regulación Emocional están muy relacionadas si no se desarrolla una en forma adecuada, no es posible que haya un desarrollo de las otras. Según este modelo las habilidades pueden ser aplicadas en uno mismo (intrapersonal) y en otros (interpersonal) lo cual estaría relacionado con la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner. También es cierto que un sujeto puede ser hábil conociendo sus emociones y manejándolas pero no puede hacer esto

con las emociones de los demás, lo ideal sería que tuviese conocimiento emocional propio así como una gran empatía para comprender acerca de sus pares.

Como ya se había mencionado, los creadores de este modelo elaboraron una prueba llamada TMMS-48, ya que para ellos existe un proceso reflexivo asociado al estado de ánimo y por medio de este se perciben, valoran y regulan los estados de ánimo, y a ese proceso se le llama experiencia de meta-humor, fue “la primera medida de auto-informe que evaluaba, de forma estable en el tiempo, las creencias o actitudes de las personas sobre sus estados de ánimos y emociones” (Extremera y Fernández, En Sánchez, 2008).

- **Actividades para el desarrollo de la Inteligencia Emocional**

Las actividades que se utilizarán en este trabajo son las presentadas en el Manual de Inteligencia Emocional Practica de la Licenciada en Educación y Master en Programación Neurolingüística Paty Wilensky. A continuación se describen cada una de ellas.

1. Mapa emocional. Su objetivo es ayudar al paciente a recordar cómo se siente frente a situaciones negativas y cómo actúa y piensa cuando estas se le presentan, hacer notar la importancia de la IE.

2. Brújula de las emociones. Pretende que el paciente distinga “qué emoción siente, en el momento en que la está sintiendo”.
3. ¿Qué emoción estoy expresando? Esta consiste en reconocer las emociones básicas del ser humano y cuáles son los sentimientos afines a estas.

3.3 Fundamentos teóricos del modelo Cognitivo.

a) Antecedentes históricos.

Generalmente cuando los terapeutas cognitivos hacen una reconstrucción histórica mencionan con frecuencia como principal referente histórico el estoicismo. Y ahondando más la cita más mencionada corresponde al Enchiridion de Epíctero (siglo I d.C.) que dice así: «No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas». En efecto, los estoicos (desde Cicerón hasta Marco Aurelio), al destacar el lado subjetivo de la realidad y el papel del pensamiento en las “pasiones”, captaron algunos de los supuestos que resultan básicos para las terapias cognitivas”. (Feixas y Miró, 1993).

Sin embargo pasarían siglos para que el enfoque cognitivo surgiera ya como tal primeramente de la mano de Kelly, primer teórico que se puede considerar cognitivo. Uno de sus principales postulados era el siguiente; “El

cambio psicológico resulta de la adopción de una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido al sí mismo y al mundo”. (Feixas y Miró, 1993). A pesar de ser de los pioneros en el enfoque cognitivo suele caer en el olvido y no dársele mayor importancia ni reconocimiento como a sus predecesores.

Posterior a Kelly llegaron Albert Ellis y Aaron T. Beck ambos fundadores y a quien se logra identificar fácilmente como representantes de las terapias cognitivas. Como muchos otros especialistas, su formación fue primeramente psicoanalista, pero al pasar el tiempo llegaron a rechazarlo por distintas razones que ellos consideraban de suma importancia, primero creían que este carecía de efectividad y segundo de evidencia empírica.

Beck fue especialmente retomado en este trabajo debido a sus grandes aportes en el tratamiento de pacientes depresivos. El enfoque que desarrolló Beck supone que “el depresivo tiene pensamientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo que se conoce como la triada cognitiva de la depresión. Estos pensamientos pueden identificarse y modificarse con la obtención de datos que cuestionen su validez”. (Feixas y Miró, 1993).

Fue así como comenzó el enfoque cognitivo que con los años al probar su eficacia en el tratamiento de distintos trastornos, tendría un auge que lo mantendría hasta nuestros días como uno de los más reconocidos, importantes y

esenciales para la psicología. “Por supuesto, mucha de la base empírica de las terapias cognitivas provino desde la psicología cognitiva del procesamiento de la información”. (Álvarez y Escoffié, 2016).

b) Objetivos

Las terapias cognitivas pretenden intervenir sobre los tres aspectos fundamentales del mundo psicológico de las personas: pensamiento, emociones y conducta.

- Centrarse en el presente, el problema y su solución.
- Tener un carácter preventivo de futuros trastornos.
- Aumentar la cooperación entre cliente y terapeuta.
- Ayudar a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos.
- Proteger la salud.
- Evitar el sufrimiento.

c) Elementos principales

Los principales elementos comunes a las intervenciones denominadas cognitivas son:

- Las personas no solo cambian ante el entorno sino que lo interpretan de forma activa. Por lo tanto, reaccionan más a las representaciones cognitivas que a los acontecimientos *per se*.
- Los individuos son capaces de pensar sobre sus propios pensamientos (metacognición).
- La cualidad del pensamiento ejerce una gran influencia sobre las emociones y la conducta, aunque no se afirma una relación lineal.
- Al menos algunas cogniciones pueden ser evaluadas de modo objetivo y ser modificadas. Con la toma de conciencia y práctica, los estilos cognitivos disfuncionales arraigados pueden ser modificados con el consecuente cambio emocional y conductual. (Álvarez, Escoffié, 2016).

d) Técnicas cognitivas

- Relajación progresiva.

Su creador es un médico llamado Edmund Jacobson. “Esta técnica está basada en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y actos que comportan tensión muscular” (Davis y McKay, 2002).

El procedimiento que se describe a continuación es una forma abreviada para aprender la relajación muscular profunda de un modo más

rápido. En él, todos los músculos se tensan y se relajan a la vez. Las instrucciones son las siguientes:

- Repita cada proceso por lo menos una vez, tensando cada grupo muscular de 5 a 7 segundos y relajándolo después de 20 a 30. No se olvide de observar la diferencia entre las sensaciones de tensión y relajación.

1.- Cierre ambos puños tensando los bíceps y los antebrazos. Relájese.

2.- Arrugue la frente. Al mismo tiempo, mueva la cabeza hacia atrás tanto como pueda y gírela describiendo un círculo completo, primero en el sentido de las agujas del reloj y luego en sentido contrario. Ahora arrugue los músculos de la cara como si quisiera parecer una pasa: frunza el entrecejo, cierre los ojos con fuerza, apriete los labios, apriete la lengua contra el paladar y encoja los hombros. Relájese.

3.- Separe los hombros arqueando la espalda como si fuera a hacer una inspiración profunda. Manténgase así. Relájese, Ahora haga una inspiración profunda apretándose la región del estómago con la mano. Sostenga la respiración. Relájese.

4.- Extienda los pies y los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, fuertemente, para así tensar las espinillas. Manténgalo. Relájese, Flexione los dedos tensando con ello las pantorrillas, los muslos. Relájese.

- Esquema A B C.

El objetivo de esta técnica es discutir y eliminar las ideas irracionales.

Hay cinco pasos (desde A hasta E) para discutir y eliminar las ideas irracionales. Se empieza por elegir una situación que genera en el

paciente, de forma continuada, emociones estresantes. El proceso de describe a continuación.

A. Escriba como fue la realidad de los acontecimientos en el momento en que le resultaron motivo de distorsión. Asegúrese de que describe sólo los hechos objetivos, sin incluir conjeturas, impresiones subjetivas ni juicios de valor.

B. Escriba su lenguaje interior respecto al acontecimiento. Anote todos sus juicios subjetivos, creencias, predicciones y preocupaciones. Después observe cuantas de estas afirmaciones coinciden con las que se han descrito previamente como ideas irracionales.

C. Concéntrese en su respuesta emocional. Elija una o dos palabras claras a modo de etiqueta: mal humor, deprimido, sentimiento de autodesprecio, miedo, etc.

D. Discuta y varié el lenguaje interior que ha descrito en el punto B. A continuación le mostraremos como debe hacerse de acuerdo con Ellis:

1.- Elija la idea irracional que desea discutir. A modo de ejemplo utilizaremos la siguiente idea: “No hay derecho a que tenga que sufrir por este problema”.

2.- ¿Existe algún soporte racional a esta idea? Dado que, debido a una gran sucesión de relaciones causa-efecto, todo es cómo debe ser, la respuesta es “no”. El problema debe soportarse y resolverse ya que ha ocurrido, y ha ocurrido porque se han dado todas las condiciones necesarias para que tuviera lugar. (Muñoz, Aguilar, Guzmán, 1995).

- Detención del pensamiento.

La técnica de detención del pensamiento “fue presentada por primera vez en 1928 por Bain, en su libro El control del pensamiento en la vida cotidiana. Más tarde, a finales de los cincuenta, fue adaptada por Joseph Wolpe junto con otros terapeutas de la conducta” (Davis y McKay, 2002). Su objetivo es lograr que el paciente se concentre en los pensamientos no deseados para después de un periodo de tiempo, detener y vaciar la mente, para ayudarlo a vencer las dudas y preocupaciones. Las instrucciones para llevar a cabo la detención del pensamiento son estas:

1.- Imaginación del pensamiento.

Cierre los ojos e intente imaginar una situación en la que es fácil que aparezca el pensamiento obsesivo, determinado. Trate de incluir pensamientos normales como obsesivos, de modo que al detener los pensamientos estresores pueda seguir disfrutando de un flujo continuo de pensamientos saludables.

2.- Interrupción del pensamiento.

Cierre los ojos e intente imaginar una situación en la que es fácil que aparezca el pensamiento obsesivo, determinado. Trate de incluir tanto pensamientos normales como obsesivos, de modo que al detener los pensamientos estresores pueda seguir disfrutando de un flujo continuo de pensamientos saludables.

3.- Interrupción del pensamiento.

Puede realizar inicialmente la interrupción del pensamiento, utilizando lo siguiente.

Ponga el despertador para que suene dentro de tres minutos. Cierre los ojos y proceda como se describe en el punto dos. Cuando oiga la alarma del despertador simplemente grite “¡Stop!”. También puede levantar la mano, hacer ruido con los dedos o levantarse. Luego, vacíe la mente de todo lo que no sean pensamientos neutros. Fíjese, después del “stop”, un tiempo de unos 30 segundos durante el cual dejar la mente completamente en blanco. Si durante este tiempo reapareciera el pensamiento obsesivo, grite de nuevo “¡Stop!”.

Grave su voz pronunciando a intervalos intermitentes de tiempo la palabra “¡Stop!” en voz alta (por ejemplo, tres minutos, dos minutos, tres minutos, un minuto). Puede resultarle útil haciendo de la siguiente forma: repita las órdenes de “stop” varias veces, a intervalos de cinco segundos entre una y otra. Después, proceda igual que con el despertador. Este procedimiento de grabar las órdenes en una cinta aumenta y fortalece su control sobre el pensamiento,

4.- Otra forma de interrupción del pensamiento sin ayuda.

Ahora ha de intentar el control de su pensamiento sin la ayuda del despertador ni de la cinta. Cuando aparezca el pensamiento no deseado grite “¡Stop!”.

Cuando ya logre detener los pensamientos de este modo, intente hacer lo mismo pero sin gritar, es decir, pronunciando la palabra “stop” en un tono de voz normal.

Cuando logre el control de sus pensamientos pronunciando la orden en su tono de voz habitual, empiece a decir la palabra “stop” en voz muy baja, como en un susurro.

El siguiente paso es vocalizar la orden y después, cada vez que quiera detener un pensamiento, ha de imaginarse que oye la palabra “stop” en su mente. Tense las cuerdas bucales y mueva la lengua como si fuera a pronunciar la palabra en voz alta. Una vez que consiga el éxito en este punto, significara que ya puede detener sus pensamientos tanto si esta solo como si se encuentra en público, ya que no precisa emitir ningún sonido para ello.

5.- Sustitución del pensamiento.

Ésta es la última fase de la técnica. En el lugar del pensamiento obsesivo debe colocar alguna afirmación positiva que resulte adecuada a la situación. Por ejemplo, si tiene miedo a volar, dígase a sí mismo “Se ve una vista fantástica desde aquí arriba”. Tenga preparada varias frases alternativas porque cada una va perdiendo efecto, a fuerza de repetirse.

- Imágenes emotivorracionales.

“El doctor Maxie Maultsby, en un artículo titulado «La escritura sistemática como tarea en psicoterapia», presento su técnica de imágenes emotivorracionales” (Davis y McKay, 2002). Su objetivo es desarrollar estrategias para cambiar emociones estresoras y funciona como se describe en las siguientes líneas.

1.- Imagínese un acontecimiento estresante que se acompaña generalmente de emociones desagradables. Fíjese en todos los detalles de la situación: las imágenes, el olor, el sonido, cómo va vestido, qué dice, etc.

2.- Cuando ya pueda ver el acontecimiento de modo claro, piense que se siente incómodo. Deje que le invada la sensación de mal humor, de ansiedad, de depresión, de autodesprecio o de vergüenza. No intente evitarlo; experimente esta sensación de malestar.

3.- Después de experimentar una de las situaciones estresantes, oblíguese a cambiarla. Puede variar esta emoción esencialmente, de modo que la ansiedad, la depresión, la rabia y el sentimiento de culpa sean remplazados por una profunda inquietud, por desilusión, decepción o arrepentimiento. Si cree que no es capaz de hacerlo, se engaña a sí mismo. Todo el mundo puede obligarse a cambiar una emoción aunque sea por pocos momentos.

4.- Después de haber tomado contacto con la situación estresora y haberla transformado, aunque haya sido por breves momentos, en otra más adecuada, debe pasar a examinar cómo lo ha hecho. ¿Qué ha ocurrido en su mente que ha hecho que pudiera modificar la depresión, la ansiedad, la rabia, etc.? Se dará cuenta de que, en cierto modo, ha modificado también su sistema de creencias.

5.- En lugar de decir “No puedo soportar esto... Va a volverme loco”, ahora podría decir “Ya he salido con éxito de situaciones como esta otras veces”. Con ello habrá cambiado sus creencias, sus interpretaciones de las experiencias.

- Imágenes dirigidas.

Para reducir el estrés de forma significativa, contamos con la ayuda de un arma poderosa: la imaginación. “La utilización del pensamiento para el tratamiento de los síntomas físicos fue popularizada por Emil Coué, un farmacéutico francés. Coué afirmaba, igualmente, que todos nuestros pensamientos acaban haciéndose realidad: uno es lo que piensa que es” (Davis y McKay, 2002).

Un ejemplo de esta técnica es el siguiente: El sendero de la montaña.

Cierre los ojos. Imagínese que está apartándose del lugar donde vive. Deje atrás los ruidos y las prisas cotidianas. Imagínese que cruza un valle y que se acerca a una sierra. Imagínese en ella. Está subiendo por un camino tortuoso. Encuentra en él un sitio donde pararse. Encuentra un sendero por el que sube. Empiece a subirlo. Busque un lugar cómodo donde pararse. Cuando lo haya encontrado y llegado a este punto, tómese algo de tiempo para examinar toda la tensión que hay en su vida. Conceda mentalmente a la tensión y al estrés formas y colores. Mírelos con cuidado y luego déjelos en el margen del sendero donde se halla. Continúe subiendo por él hasta que llegue a la cima de una colina. Mire desde ella. ¿Qué ve...? Busque un lugar atractivo y cómodo y diríjase hacia él. Fíjese en los alrededores, ¿a qué se parece? Fíjese en las vistas, en los olores, en los sonidos. Repare en cómo se siente. Instálese, y poco a poco, empiece a relajarse. Ahora se siente totalmente relajado. Experimente la sensación de estar total y enteramente relajado. Descanse de 3 a 5 minutos. Mire a su alrededor otra vez. Recuerde que este es su lugar especial para relajarse al que puede venir siempre que lo desee.

Vuelva de nuevo a la habitación en la que se encuentra y dígame a sí mismo que todas estas imágenes, fruto de su imaginación, las ha creado usted y que puede recurrir a ellas siempre que desee relajarse.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

4.1 Contextualización de la propuesta.

Nombre: Curso taller de inteligencia emocional como apoyo en el tratamiento de la depresión en adultos intermedios.

Objetivo: Disminuir la depresión de los adultos intermedios mediante el desarrollo de la inteligencia emocional bajo la modalidad de curso taller.

Justificación: Las personas que padecen depresión generalmente tienen cogniciones distorsionadas acerca de ellas mismas y las situaciones que les rodean, no logran gestionar sus emociones, parecen poner demasiada atención en las cosas negativas, es como si su grado de atención fuese mayor al de una persona que no sufre un trastorno depresivo, se preocupan demasiado por el pasado y muchas de ellas no se logran aceptar tal cual son, siempre creen que no son lo suficientemente buenas en lo que hacen ya sea dentro del ámbito laboral, familiar, escolar o social, se sienten desesperanzadas todo esto ocasiona que quieran huir de esta situación no siempre eligiendo los mejores medios. Muchas de ellas caen en drogas, lo que pretenden es aliviar su sufrimiento, que la tristeza desaparezca y no vuelva jamás, más sin en cambio

es como si no se pudiese salir y cada día se encontrasen más sumergidas en el problema, al estar atrapadas dentro de este panorama tan desalentador no se dan cuenta de lo mucho que valen y todo lo que pueden lograr, que no son una simple etiqueta diagnóstica, más allá de eso son personas y eso ya es mucho.

La sociedad de hoy en día se encuentra sumergida en una especie de distorsión cognitiva generalizada, los medios muestran como debiesen ser las personas físicamente, los bienes materiales que deberían poseer, las características conductuales que los llevaran al éxito pero es como si todo eso estuviese vacío, se han olvidado de algo aún más importante y que a pesar de ser un concepto sumamente popular capaz de convertirse en best-seller la inteligencia emocional ha sido puesta de lado, las personas se encuentran tan preocupadas de acumular bienes que se han olvidado de lo importante que es acumular habilidades para su persona, el propósito de este curso-taller es ayudar a las personas a desarrollar su inteligencia emocional, a cambiar la manera en cómo afrontan los problemas, enseñarles a discriminar en lo que vale la pena poner atención y en lo que no debido a que solamente causa insomnios innecesarios, se pretende ir gradualmente y ayudándose de técnicas, acercando a los sujetos al concepto para que lo entiendan y lo hagan parte de sí mismos, al final se espera que su puntuación en el TMMS-24 sea mayor, es decir su inteligencia emocional haya aumentado y su puntaje en la Escala de Depresión de Beck haya disminuido. Encontrando las correlaciones que existen entre estas dos variables

Área: Clínica.

“Es el área de la psicología que “integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas y en todos los niveles socio-económicos” (APA en Díaz, Núñez, 2010), es decir la psicología clínica es una rama que se dedica al estudio del individuo aplicando los principios de la psicología a cada caso único y específico, lo que pretende es mejorar la calidad de vida del sujeto que se encuentra en problemas, es decir presenta alguna conducta que no le permite la adaptación a su medio o el afrontamiento eficaz de diversas situaciones, para ello utiliza bases teóricas apoyándose en distintos modelos y enfoques y aplica técnicas que de igual manera se encuentran sustentadas en la literatura.

El psicólogo clínico hace una recopilación de la información del sujeto que se encuentra tratando, esto se logra mediante la observación, la aplicación de técnicas y pruebas, posteriormente se analizan y confirman los datos obtenidos y se llega a un diagnóstico final en donde se conoce si la persona presenta o no un desajuste psicológico. “El campo de la psicología clínica comprende

investigación, enseñanza, y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, los métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción, y el alivio de la desadaptación, la discapacidad, y la aflicción emocional, intelectual, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una gran variedad de poblaciones de clientes” (Resnick, 1991). La psicología clínica tiene por finalidad el alivio de los distintos trastornos, para ello es necesario llevar un tratamiento que muchas veces consiste en el cambio de cogniciones, para así modificar conductas y lograr un ajuste adaptativo.

Algunas de las tareas de las que se encarga la psicología clínica son las siguientes:

- Investigación: Existen diversos tipos de investigaciones algunas llevadas a cabo por profesores de universidades así como también por psicólogos que trabajan en hospitales psiquiátricos o clínicas, los proyectos son siempre variados desde experimentos de laboratorio con animales hasta el estudio de la aplicación de técnicas dentro de la psicoterapia y su resultado.
- Enseñanza: Muchos psicólogos clínicos trabajan en universidades, generalmente con estudiantes que se están preparando para ser en un futuro psicólogos clínicos, o dando una materia que tenga que ver con sus conocimientos acerca de la clínica, de igual manera pueden encontrarse dando clases en maestrías o doctorados. Pueden dar cursos sobre trastornos, tipos de personalidad, psicología anormal y diversos tratamientos.

- Evaluación: Realizan evaluaciones psicológicas muy detalladas y explicadas de manera minuciosa. Ya sea que el psicólogo trabaje en una institución pública o se desenvuelva como particular continuamente estará dedicando parte de su tiempo a la evaluación.
- Tratamiento: Se refiere a la aplicación de la psicoterapia siendo esta siempre sustentada en un enfoque con bases teóricas sólidas y consolidadas, existen diversos manuales sobre el tratamiento de distintos trastornos que pueden ser de ayuda para el curso de un tratamiento psicológico.
- Prevención: esto implica la creación de diversos programas dentro del ámbito de la salud mental para prevenir diversas psicopatologías. Se enseñan habilidades sociales, afrontamiento de problemas, como manejar enfermedades físicas en cuanto a emociones y pensamientos se refiere.

Público: Sujetos en etapa de adultez intermedia de 40 a 65 años.

4.2 Desarrollo de la propuesta.

CURSO TALLER DE INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO APOYO EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN



IZAMAR IRAIS JIMÉNEZ LOZADA

ÍNDICE TEMÁTICO

Introducción.

Sesión 1.

- Aplicación de pretest para la evaluación de inteligencia emocional y depresión.
- Acercamiento al concepto de inteligencia emocional.

Sesión 2.

- Percepción y expresión de las emociones.
- Facilitación emocional del pensamiento (uso inteligente de las emociones).

Sesión 3.

- Comprensión emocional.
- Manejo de las emociones.
- Aplicación de posttest para la evaluación de inteligencia emocional y depresión.

INTRODUCCIÓN

El presente curso-taller pretende ofrecer al usuario una ayuda para que este desarrolle su inteligencia emocional. Generalmente las personas se encuentran ante situaciones de la vida cotidiana en las que pareciese que los problemas los sobrepasan, a veces pueden pensar que no son lo suficientemente buenos, considerarse torpes, desgraciados y con poca valía, tienden a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo ya sea este físico, psíquico o moral, tienden a subestimarse y criticarse en base a sus defectos, piensan que carecen de los atributos que se consideran esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

A veces pareciese que el mundo hace demandas exageradas o les presenta obstáculos insuperables que no les permiten alcanzar sus objetivos, las relaciones con nuestro entorno son frustrantes terminando la mayor parte del tiempo en derrota. De igual forma cuando se encuentran haciendo proyectos de gran alcance anticipan que las dificultades o sufrimientos de su presente permanecerán con ellos por siempre. Si han tenido alguno de los pensamientos escritos anteriormente puede que estén teniendo una visión distorsionada de la realidad pero existe algo que puede ayudarle a ser una persona más objetiva y a creer en sí misma, a conocerse mejor, tanto sus fortalezas como sus debilidades así mismo también pueden desarrollar una mayor empatía y todo esto educando sus emociones, dotándolas de la

inteligencia necesaria para que siempre estén como un apoyo y nunca en contra.

En un mundo cambiante y globalizado como en el que viven actualmente es importante desarrollar las mayores competencias posibles, el trabajar con tu inteligencia emocional te permitirá tener mejoras en el trabajo, la escuela, la familia y en tu vida social. Deja atrás esa creencia de que estás destinado a fracasar en todo lo que te propongas, hoy es un buen día para cambiar

Sesión 1. Evaluación de inteligencia emocional y depresión. (Parte 1)	
Objetivo	Evaluar el índice de inteligencia emocional mediante el TMMS-24 y el índice de depresión mediante el Inventario de Depresión de Beck.
Contenido	Inteligencia emocional y depresión.

Sesión 1. Acercamiento al concepto de inteligencia emocional. (Parte 2)	
Objetivo	Acercar al paciente al concepto de inteligencia emocional, para que este se vaya relacionando con él, comprenda a que hace referencia y porque es tan importante desarrollar la IE hoy en día.
Contenido	Concepto de Inteligencia Emocional.

ACTIVIDAD 1: Dinámica de Integración “El Repollo”

Objetivo: Identificar la propia personalidad a través de otros en el grupo, llegar a conocerse mejor y crear un ambiente de empatía entre los miembros del grupo.

Materiales: Hojas en blanco, tijeras, marcadores. **Duración:** 30 minutos.

Consigna: Cada participante toma una hoja y la corta en diez trozos iguales.

En cada trozo, escribe una cualidad o característica personal.

Al terminar, con los diez papeles, hace una especie de repollo, poniendo en el centro (corazón), las cualidades o características que él considera más positivas, y en la parte de afuera las que considere más negativas.

Luego, cada uno elige a una persona –en lo posible que no conozca- y durante 10 minutos tratan de comunicarse, explicando al compañero cuál es su personalidad, representada en “el repollo”, que ha preparado.

En plenario, cada uno presenta a sus compañeros y le comunica la o las características o cualidades que más le han llamado la atención en el otro.

Al final, se hace una retroalimentación, dando cada quien una conclusión sobre la dinámica.

ACTIVIDAD 2: Encuesta **Duración:** 10 minutos.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____

Estado civil: _____

ACTIVIDAD: Aplicación de TMMS-24 e Inventario de Depresión de Beck

Duración: 30 minutos.

Descripción: Se aplicará el autoinforme TMMS-24 para medir la inteligencia emocional y posteriormente se procederá a aplicar el Inventario de depresión de Beck para medir el grado de depresión de los sujetos.

Técnica reforzadora:

Enfoque: Cognitivo

Duración: 30 min.

Nombre: Relajación progresiva.

Autor: Edmund Jacobson

Objetivo: Reducir la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, así como el grado de transpiración y la frecuencia respiratoria.

- **Procedimiento abreviado.**

El procedimiento que se describe a continuación es una forma abreviada para aprender la relajación muscular profunda de un modo más rápido. En él, todos los músculos se tensan y se relajan a la vez. Repita cada proceso por lo menos una vez, tensando cada grupo muscular de 5 a 7 segundos y relajándolo después de 20 a 30. No se olvide de observar la diferencia entre las sensaciones de tensión y relajación.

1.- Cierre ambos puños tensando los bíceps y los antebrazos. Relájese.

2.- Arrugue la frente. Al mismo tiempo, mueva la cabeza hacia atrás tanto como pueda y gírela describiendo un círculo completo, primero en el sentido de las agujas del reloj y luego en sentido contrario. Ahora arrugue los músculos de la cara como si quisiera parecer una pasa: frunza el entrecejo, cierre los ojos con fuerza, apriete los labios, apriete la lengua contra el paladar y encoja los hombros. Relájese.

3.- Separe los hombros arqueando la espalda como si fuera a hacer una inspiración profunda. Manténgase así. Relájese, Ahora haga una inspiración profunda apretándose la región del estómago con la mano. Sostenga la respiración. Relájese.

4.- Extienda los pies y los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, fuertemente, para así tensar las espinillas. Manténgalo. Relájese, Flexione los dedos tensando con ello las pantorrillas, los muslos. Relájese.

RECESO 15 MINUTOS

ACTIVIDAD: Lectura sobre Inteligencia Emocional

Duración: 20 minutos

Objetivo: Hacer consciente al sujeto sobre la importancia de la inteligencia emocional.

El desafío de Aristóteles

Cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno. Con el propósito justo y del modo correcto, eso, ciertamente, no resulta tan sencillo.

Aristóteles, *Ética a Nicómaco*.

Era una bochornosa tarde de agosto en la ciudad de Nueva York. Uno de esos días asfixiantes que hacen que la gente se sienta nerviosa y malhumorada. En el camino de regreso a mi hotel, tomé un autobús en la avenida Madison y, apenas subí al vehículo, me impresionó la cálida bienvenida del conductor, un hombre de raza negra de mediana edad en cuyo rostro se esbozaba una sonrisa entusiasta, que me obsequió con un amistoso « ¡Hola! ¿Cómo está?», un saludo con el que recibía a todos los viajeros que subían al autobús mientras éste iba serpenteando por entre el denso tráfico del centro de la ciudad. Pero, aunque todos los pasajeros eran recibidos con idéntica amabilidad, el sofocante clima del día parecía afectarles hasta el punto de que muy pocos le devolvían el saludo.

No obstante, a medida que el autobús reptaba pesadamente a través del laberinto urbano, iba teniendo lugar una lenta y mágica transformación. El conductor inició, en voz alta, un diálogo consigo mismo, dirigido a todos los viajeros, en el que iba comentando generosamente las escenas que desfilaban ante nuestros ojos: rebajas en esos grandes almacenes, una hermosa exposición en aquel museo y qué decir de la película recién estrenada en el cine de la manzana siguiente. La evidente satisfacción que le producía hablarnos de las múltiples alternativas que ofrecía la ciudad era contagiosa, y cada vez que un pasajero llegaba al final de su trayecto y descendía del vehículo, parecía haberse sacudido de encima el halo de irritación con el que subiera y, cuando el conductor le despedía con un «¡Hasta la vista! ¡Que tenga un buen día!», todos respondían con una abierta sonrisa.

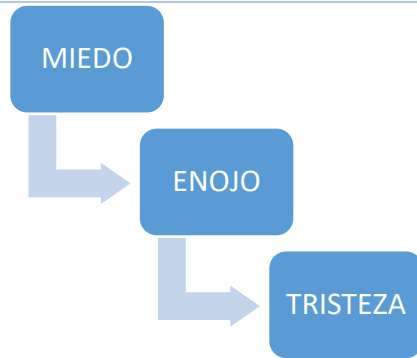
Extracto tomado del libro *Inteligencia Emocional* de Daniel Goleman.

ACTIVIDAD: Mapa Emocional

Objetivo: Ayudar al paciente a recordar cómo se siente frente a situaciones negativas y cómo actúa y piensa cuando estas se le presentan, hacer notar la importancia de la IE.

Duración: 40 minutos.

1.- ¿Cuál de estas emociones displacenteras sueles sentir con mayor frecuencia?



2.- Busca un ejemplo: el más reciente, el más intenso, el que mejor lo explica, etc y escríbelo a continuación:

3.- En general... ¿Cuándo se te dispara esta emoción (externamente)?

Quando VES que...	
Quando escuchas que...	
Quando sientes que...	

3.- ¿Cómo la vivencias internamente?

Te IMAGINAS que...	
--------------------	--

SENSACIONES físicas que tienes...	
PALABRAS o frases que te dices...	

4.- ¿Cómo sueles reaccionar ante esa emoción?

Lo que haces...	
Lo que no haces...	
Lo que dices...	
Lo que no dices...	

ACTIVIDAD: Retroalimentación. **Duración:** 20 minutos.

1.- ¿Por qué es importante el desarrollar la inteligencia emocional?

2.- ¿Cree que la inteligencia emocional puede ayudar a las personas a adaptarse mejor a nuevas situaciones?

3.- ¿Cuál es el aprendizaje que se lleva de esta primera sesión?

Sesión 2. Percepción y expresión de las emociones. (Parte 1)	
Objetivo	Que el sujeto aprenda a identificar sus propias emociones, con sus correspondientes correlatos físicos y cognitivos, como también en otros individuos, junto con la capacidad de expresar emociones en el lugar y modo adecuado.
Contenido	Identificación de emociones en sí mismo y en otros y expresión de las mismas.

Sesión 2 Facilitación emocional del pensamiento “uso inteligente de las emociones (Parte 2)	
Objetivo	Que el sujeto sea capaz de aprovechar la información emocional para facilitar otros procesos cognitivos, como la resolución de problemas, el razonamiento, la toma de decisiones y la ejecución o el desempeño creativo.
Contenido	Generación de emociones que faciliten el pensamiento.

ACTIVIDAD: Lectura sobre la habilidad de percibir y expresar emociones.

Objetivo: Centrar al sujeto en la importancia de desarrollar esta habilidad. **Duración:** 15 minutos

Sería la primera habilidad a desarrollar para poder adquirir el resto de competencias que integran la IE. El registro, la atención y la identificación de los mensajes emocionales, incluye las capacidades involucradas en la identificación de las emociones en las caras, las voces, las fotografías, la música y otros estímulos” (Sánchez, 2008). Tienen una mayor precisión para percibir y dar una respuesta a sus emociones y las de otras personas, esto les daría una mayor capacidad de empatía, ya que comprenderían mejor a sus iguales.

ACTIVIDAD: Brújula de las emociones

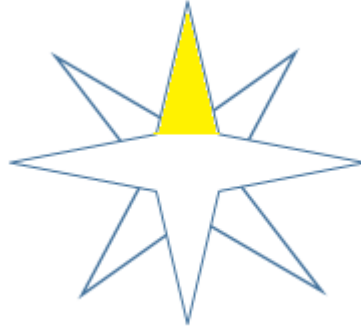
Duración: 60 minutos

Objetivo: El objetivo de esta herramienta es distinguir “qué emoción sientes, en el momento que la estás sintiendo”.

Hay muchísimas emociones, tantas como gamas de colores. Para comprenderlas, las simplificaremos en unas pocas, al igual que los colores primarios.

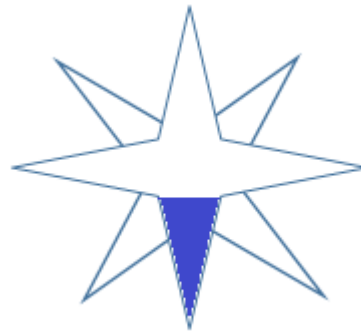
- ✓ Al Norte, colocamos la ALEGRÍA, una emoción agradable, color amarillo. Es lo que solemos sentir cuando logramos algo... algo que esperábamos o algo que nos sorprende. Te hace sentir expansivo, a veces lleno, a veces flotando.

ALEGRÍA: Pregunta clave: ¿Qué he logrado?



- ✓ Al Sur, colocaremos la emoción opuesta, la TRISTEZA. Color azul, es lo que sentimos cuando perdemos algo. Te hace sentir vacío, sin fuerzas, hundido.

Por lo tanto, cuando nos sentimos tristes, cabe preguntarnos... ¿Qué he perdido? Esta pregunta será la clave para comprender la información que trae la tristeza. Es la manera de conectar el hemisferio derecho (emocional) con el izquierdo (lógico) pasándose información.

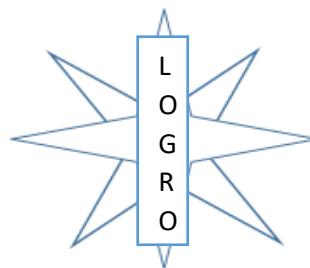


TRISTEZA: Pregunta clave: ¿Qué he perdido?

Ante la alegría también hay una pregunta clave, que es más fácil de responder. ¿Qué he logrado? Y esta facilidad para responder se debe a que estamos muy abiertos a conectarnos con la alegría.

La alegría y la tristeza se encuentran en eje, que es el del LOGRO. Si logro algo, siento alegría y si pierdo algo, que tenía o algo que imaginaba que iba a lograr, siento tristeza.

ALEGRÍA

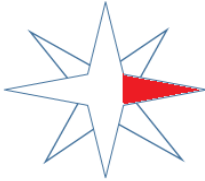


TRISTEZA

Es importante destacar que las emociones se sienten aunque sea imaginario: puedo sentir la

misma tristeza porque no me han dado un ascenso que esperaba que por perder un objeto que consideraba valioso.

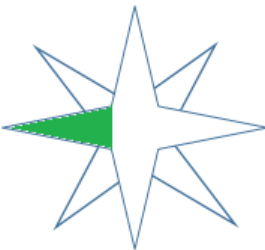
- ✓ Al Este, ubicaremos el ENOJO. Es una emoción fuerte, pinchuda y a menudo, ciega. Enojo es lo que sentimos al percibir peligro, un ataque que nos hace poner en guardia, necesidad de defendernos y si es necesario, atacar.



ENOJO

Pregunta clave: ¿Qué me ataca? ¿Qué está en riesgo?

- ✓ Y al Oeste, el opuesto del enojo: el MIEDO. Es una emoción que, o bien nos detiene, o bien da ganas de correr a esconderse. El miedo es lo que sentimos cuando el enemigo es más grande que nosotros.

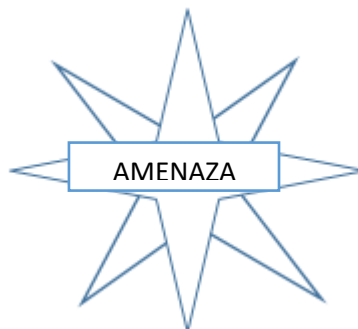


MIEDO

Pregunta clave: ¿Qué es más grande que yo? ¿Qué es lo que no puedo enfrentar?

El enojo y el miedo se encuentran en otro eje, el eje de la AMENAZA. Si me siento atacado por algo igual a mí, o menor que yo, siento enojo. Pero si es más grande que yo, siento miedo.

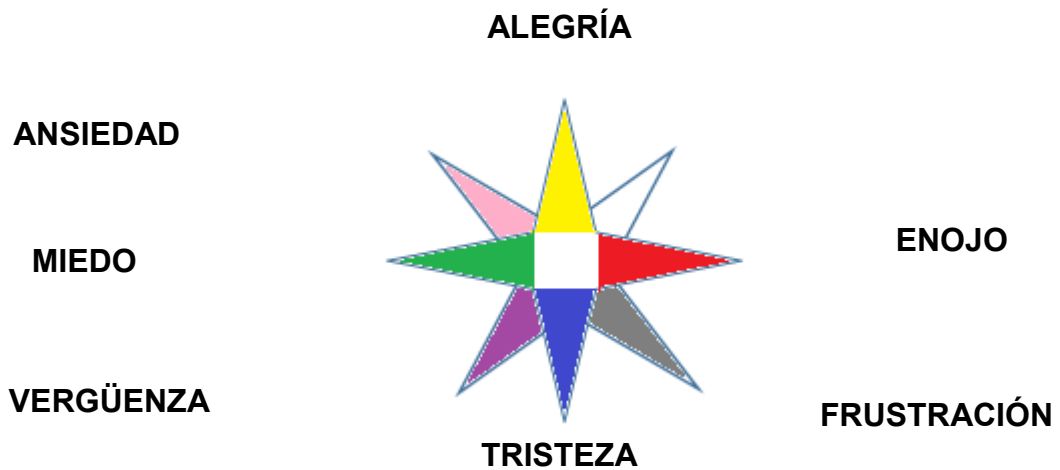
MIEDO



ENOJO

Hay otras emociones que son un color intermedio entre estos, por ejemplo: la FRUSTRACIÓN es mezcla de Enojo con Tristeza. La ANSIEDAD es una mezcla de Alegría con Miedo.

Para completar la brújula, podemos ubicar otras emociones: ANSIEDAD



EMOCIONES “BUENAS O MALAS”: TODAS ADECUADAS

El enojo, la tristeza y el miedo no son emociones negativas en sí, y no se sienten negativas cuando se les permite su expresión natural. Sucede que estamos habituados a reprimirlas, porque nos resultan desagradables. Una vez que hemos podido extraer información de esa emoción, le permitimos fluir. Es el bloqueo de la energía que tiene la emoción la que resulta negativa.

Mirándolo con el pensamiento reversible, cada emoción contiene una dualidad: La característica doble proviene de buscar el TALENTO que corresponde a cada emoción.

- el ENOJO implica VALOR
- el MIEDO implica PRECAUCIÓN
- la TRISTEZA implica ACEPTACIÓN
- la ALEGRÍA implica DESPREOCUPACIÓN

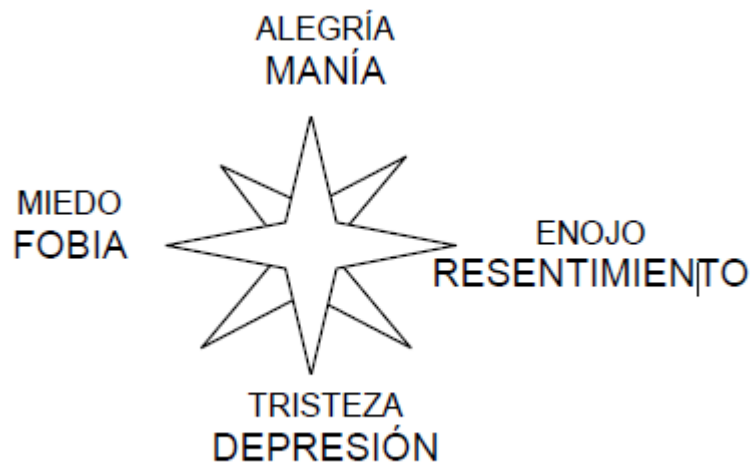
El enojo, el miedo y la tristeza son considerados negativos en la vida social. Solamente la alegría, que es una emoción valorada socialmente, está acompañada de su DEFECTO. Ya te imaginas que toda esta descripción depende de cómo mires tú el mundo que te rodea. Lo que en TU MAPA sea completar, perder, defendible etc. La idea es que puedas descubrir:

1.- ¿Qué es lo que A TI te alegra, enoja, etc.?

2.- ¿Cómo INTERPRETAS TÚ lo que otro hace o dice, de modo que te produzca estas emociones?

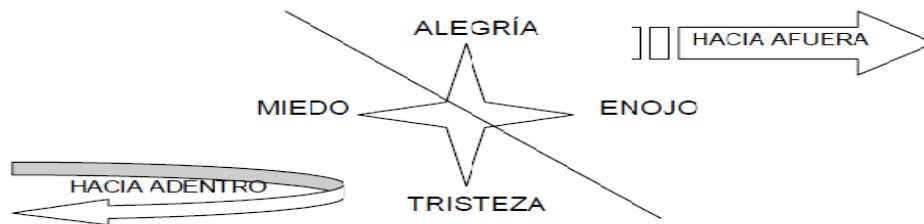
3.- ¿Qué INTENTAS COMUNICARME TÚ cuando respondes a las acciones de otro? ¿Y qué logras con tu estrategia?

Las emociones son saludables. Cuando dejan de ser breves e intensas, al llevarlas AL EXTREMO, dejan de ser saludables. La tristeza se convierte en depresión, el enojo en resentimiento y venganza, el miedo en fobia y la alegría en manía y negación.



LA EMOCIÓN CONTIENE ENERGÍA

Fíjate que tanto la alegría como el enojo son emociones “HACIA FUERA”, te ponen potentes. Mientras que la tristeza y el miedo son “HACIA ADENTRO”, te sientes con pocas opciones y pocos recursos.



Las emociones pueden ser vividas como bestias salvajes. El objetivo es que tú logres subirte a la bestia y conducirla, llevarla hacia donde deseas (Conducir la emoción). El objetivo no es encerrar la bestia en el establo, para que no te asuste (Reprimir la emoción).

Como dice el sabio refrán: las emociones pueden ser tus mejores sirvientes o los peores tiranos. Si sientes que el caballo te domina a ti, y te lleva donde quiere.... es hora de empezar a "Aprender de las emociones".

- Aceptar que las emociones existen y son una información valiosa sobre mí mismo.

- Darse cuenta que es necesario reconocerlas en el momento que suceden para lograr conducirlas, integrarlas a tu vida y que resulten posibilitantes

Técnica reforzadora

Enfoque: Cognitivo.

Nombre: Esquema A B C. **Autor:** Albert Ellis.

Objetivo: Discutir y eliminar las ideas irracionales.

Duración: 60 minutos.

Rechazo de ideas irracionales.

Hay cinco pasos (desde A hasta E) para discutir y eliminar las ideas irracionales. Empezar por elegir una situación que genere en usted, de forma continuada, emociones estresantes.

A. Escriba como fue la realidad de los acontecimientos en el momento en que le resultaron motivo de distorsión. Asegúrese de que describe sólo los hechos objetivos, sin incluir conjeturas, impresiones subjetivas ni juicios de valor.

B. Escriba su lenguaje interior respecto al acontecimiento. Anote todos sus juicios subjetivos, creencias, predicciones y preocupaciones. Después observe cuantas de estas afirmaciones coinciden con las que se han descrito previamente como ideas irracionales.

C. Concéntrese en su respuesta emocional. Elija una o dos palabras claras a modo de etiqueta: mal humor, deprimido, sentimiento de autodesprecio, miedo, etc.

D. Discuta y varié el lenguaje interior que ha descrito en el punto B. A continuación le mostraremos como debe hacerse de acuerdo con Ellis:

1.- Elija la idea irracional que desea discutir. A modo de ejemplo utilizaremos la siguiente idea: "No hay derecho a que tenga que sufrir por este problema".

2.- ¿Existe algún soporte racional a esta idea? Dado que, debido a una gran sucesión de relaciones causa-efecto, todo es cómo debe ser, la respuesta es "no". El problema debe soportarse y resolverse ya que ha ocurrido, y ha ocurrido porque se han dado todas las condiciones necesarias para que tuviera lugar.

EJEMPLO:

A. Evento activante ¿qué sucedió?	C. Consecuencia ¿cómo reaccionó?
B. Creencia de lo que sucedió (lo que usted se dijo a usted mismo acerca de lo que sucedió y que influyó su reacción).	D. Discutir la creencia (los pensamientos alternativos que podrían ayudarle a reaccionar de una forma más saludable).

Ahora usted elija un evento y utilice el esquema A B C.

A large empty grid for applying the ABC schema. It consists of a horizontal line and a vertical line intersecting at the center, forming four quadrants. The lines are thin and light blue.

RECESO 15 MINUTOS

Actividad: Lectura sobre la facilitación emocional del pensamiento.

Objetivo: Centrar al sujeto en la importancia de desarrollar esta habilidad. **Duración:** 15 minutos.

Las emociones dirigen nuestra atención a la información relevante, determinando tanto la manera en que procesamos la información como la forma de enfrentarnos a los problemas, y ciertos estados emocionales pueden crear condiciones mentales que sean favorables para el desarrollo de determinadas tareas. En definitiva es la capacidad para generar sentimientos que faciliten el pensamiento” (Sánchez, 2008).

Técnica reforzadora

Enfoque: Cognitivo.

Nombre: Detención del pensamiento.

Autor: Joseph Wolpe.

Duración: 30 minutos.

Objetivo: Concentrarse en los pensamientos no deseados y después de un periodo de tiempo, detener y vaciar la mente.

Tiempo de entrenamiento.

Para adquirir un buen dominio de esta técnica, debe practicarse durante todo el día, tres días durante una semana.

Instrucciones:

1.- Imaginación del pensamiento.

Cierre los ojos e intente imaginar una situación en la que es fácil que aparezca el pensamiento obsesivo, determinado. Trate de incluir pensamientos normales como obsesivos, de modo que al detener los pensamientos estresores pueda seguir disfrutando de un flujo continuo de pensamientos saludables.

2.- Interrupción del pensamiento.

Cierre los ojos e intente imaginar una situación en la que es fácil que aparezca el pensamiento obsesivo, determinado. Trate de incluir tanto pensamientos normales como obsesivos, de modo que al detener los pensamientos estresores pueda seguir disfrutando de un flujo continuo de pensamientos saludables.

3.- Interrupción del pensamiento.

Puede realizar inicialmente la interrupción del pensamiento, utilizando lo siguiente.

Ponga el despertador para que suene dentro de tres minutos. Cierre los ojos y proceda como se describe en el punto dos. Cuando oiga la alarma del despertador simplemente grite “¡Stop!”. También puede levantar la mano, hacer ruido con los dedos o levantarse. Luego, vacíe la mente de todo lo que no sean pensamientos neutros. Fíjese, después del “stop”, un tiempo de unos 30 segundos durante el cual dejar la mente completamente en blanco. Si durante este tiempo reapareciera el pensamiento obsesivo, grite de nuevo “¡Stop!”.

Grave su voz pronunciando a intervalos intermitentes de tiempo la palabra “¡Stop!” en voz alta (por ejemplo, tres minutos, dos minutos, tres minutos, un minuto). Puede resultarle útil haciendo de la siguiente forma: repita las órdenes de “stop” varias veces, a intervalos de cinco segundos entre una y otra. Después, proceda igual que con el despertador. Este procedimiento de grabar las órdenes en una cinta aumenta y fortalece su control sobre el pensamiento,

4.- Otra forma de interrupción del pensamiento sin ayuda.

Ahora ha de intentar el control de su pensamiento sin la ayuda del despertador ni de la cinta. Cuando aparezca el pensamiento no deseado grite “¡Stop!”.

Cuando ya logre detener los pensamientos de este modo, intente hacer lo mismo pero sin gritar, es decir, pronunciando la palabra “stop” en un tono de vox normal.

Cuando logre el control de sus pensamientos pronunciando la orden en su tono de voz habitual, empiece a decir la palabra “stop” en voz muy baja, como en un susurro.

El siguiente paso es vocalizar la orden y después, cada vez que quiera detener un pensamiento, ha de imaginarse que oye la palabra “stop” en su mente. Tense las cuerdas bucales y mueva la

lengua como si fuera a pronunciar la palabra en voz alta. Una vez que consiga el éxito en este punto, significara que ya puede detener sus pensamientos tanto si esta solo como si se encuentra en público, ya que no precisa emitir ningún sonido para ello.

5.- Sustitución del pensamiento.

Ésta es la última fase de la técnica. En el lugar del pensamiento obsesivo debe colocar alguna afirmación positiva que resulte adecuada a la situación. Por ejemplo, si tiene miedo a volar, dígase a si mismo "Se ve una vista fantástica desde aquí arriba". Tenga preparada varias frases alternativas porque cada una va perdiendo efecto, a fuerza de repetirse.

Consideraciones especiales.

1. Si falla en el primer intento de detener un pensamiento, es posible que haya elegido uno que sea, en verdad, muy difícil de extinguir. En este caso, elija otro pensamiento no deseado que le resulte menos angustiante o alarmante que el primero. Es útil dominar la técnica antes de meterse con los pensamientos más estresantes o fóbicos.
2. Si la vocalización interior del "stop" no surge efecto y le resulta embarazoso pronunciar la palabra en alto en público, puede utilizar una de las siguientes técnicas: póngase una goma elástica en la muñeca, de forma que no le apriete, y cuando aparezca el pensamiento obsesivo tire de ella y suéltela haciendo un ruido característico. También puede pellizcarse cada vez que aparezcan los pensamientos no deseados. Finalmente, puede intentar detenerlo clavando las uñas de los dedos en la palma de la mano cada vez que surja.
3. Sedara cuenta de que detener un pensamiento lleva su tiempo. Aquel aparecerá de nuevo y, de nuevo, tendrá que interrumpirlo. Lo más difíciles abortarlo justo cuando empieza y luego concentrarse en otra cosa. En la mayoría de los casos, cada vez irá apareciendo con menor frecuencia y, poco a poco, dejará de significar un problema.

Sesión 3. Comprensión emocional. (Parte 1)

Objetivo	Que el sujeto sea capaz de conocer el sistema emocional, es decir, cómo se procesa la emoción, y cómo afecta el empleo de la información emocional, a los procesos de comprensión y razonamiento.
Contenido	Capacidad de etiquetar las emociones poniéndoles un nombre. Conocer las principales emociones faciales de las emociones básicas.

Sesión 3. Manejo de las emociones. (Parte 2)

Objetivo	Que el sujeto sea capaz de estar abierto tanto a estados emocionales positivos como negativos o apertura a los sentimientos, de reflexionar sobre los mismos para determinar si la información que los acompaña es útil sin reprimirla ni exagerarla
Contenido	Regulación de emociones propias y de otros.

ACTIVIDAD: Lectura sobre comprensión emocional.

Objetivo: Centrar al sujeto en la importancia de desarrollar esta habilidad.

Duración: 15 minutos.

Designa la capacidad de etiquetar las emociones poniéndoles un nombre, la comprensión del significado emocional no sólo en emociones sencillas sino también en otras más complejas, reconociendo las relaciones establecidas entre los distintos estados afectivos y la evolución de unos estados emocionales a otros. Una persona dotada para comprender las emociones podría gozar de la capacidad para percibir diferencias entre emociones emparentadas: entre la alegría y el enorgullecimiento, reconocer que la irritación desatendida puede llevar a la furia, o que la envidia a menudo es experimentada en contextos que también evocan celos” (Sánchez, 2008). Las personas con inteligencia emocional son capaces de comprender las emociones, lo que significan, como se relacionan, como pueden llegar a cambiar, todo esto le ayuda a manejar mejor sus relaciones interpersonales y tener un mayor conocimiento de la naturaleza humana. Saben reconocer los términos para describir emociones así estas sean confusas.

ACTIVIDAD: ¿Qué emoción estoy expresando?

Objetivo: Reconocer las seis emociones básicas. **Duración:** 40 minutos.

Primeramente se explicarán cuáles son las seis emociones básicas y en qué consisten, también se explorará si el paciente alguna vez las ha sentido y si está de acuerdo en la definición de cada una de ellas, posteriormente se le mostrarán imágenes de personas presentando distintas emociones y se le pedirá que identifique cual están presentando y en que ha basado su respuesta, que músculos de la cara le han indicado tal respuesta.

Emociones básicas

EMOCIÓN	SENTIMIENTOS AFINES
ALEGRÍA	Diversión, dicha, regocijo, jovialidad, felicidad, deleite, disfrute, júbilo, satisfacción, éxtasis, entusiasmo, euforia, fervor, vitalidad, animación, satisfacción, placer, orgullo, esperanza, optimismo.
TRISTEZA	Agonía, sufrimiento, dolor, pena, compasión, desilusión, depresión, desesperanza, pesimismo, abatimiento, infelicidad, aflicción, miseria, melancolía, consternación, culpabilidad, vergüenza, pesadumbre, remordimiento.

IRA	Agravación, irritación, agitación, molestia, fastidio, descontento, exasperación, frustración, enojo, rabia, indignación, furia, Cólera, hostilidad, ferocidad, amargura, odio, despecho, odio, rencor, antipatía.
MIEDO	Alarma, choque (shock), susto, pánico, fobia, histeria, mortificación.
ANSIEDAD	Nervios, tensión, malestar, inquietud, desasosiego, aprehensión, preocupación, angustia, pavor.
SORPRESA	Asombro, incredulidad, estupor.

¿Qué emoción muestran las siguientes personas?



¿Por qué considera importante el interpretar las emociones de los demás mediante sus expresiones faciales?

RECESO 15 MINUTOS

ACTIVIDAD: Lectura sobre manejo de las emociones.

Objetivo: Centrar al sujeto en la importancia de desarrollar esta habilidad.

Duración: 15 minutos

Hace referencia a la capacidad de estar abierto tanto a estados emocionales positivos como negativos o apertura a los sentimientos, de reflexionar sobre los mismos para determinar si la información que los acompaña es útil sin reprimirla ni exagerarla, así como de regular nuestras propias emociones y las de otros. Constituye quizás el carácter asociado con mayor frecuencia a la definición de inteligencia emocional, como consecuencia de la presión de la sociedad actual sobre la idoneidad de la regulación de nuestras emociones” (Sánchez, 2008). Generalmente se tiende a pensar que la IE nos libra de emociones no deseadas en nuestras relaciones con otros con la esperanza de que encontremos una forma de manejarlas sin que salgan de nuestro control. Esto puede suceder, existen posibilidades, pero esta habilidad no hace referencia a la eliminación de la emoción por completo ya que podría confundir a la IE. No se busca suprimir ni negar las emociones sino redirigirlas o encauzarlas ya sean las propias o ajenas.

Técnica reforzadora

Enfoque: Cognitivo.

Nombre: Imágenes emotivorracionales.

Autor: Maxie Maultsby.

Duración: 40 minutos.

Objetivo: Desarrollar estrategias para cambiar emociones estresoras.

Funciona como sigue:

- 1.- Imagínese un acontecimiento estresante que se acompaña generalmente de emociones desagradables. Fíjese en todos los detalles de la situación: las imágenes, el olor, el sonido, cómo va vestido, qué dice, etc.
- 2.- Cuando ya pueda ver el acontecimiento de modo claro, piense que se siente incómodo. Deje que le invada la sensación de mal humor, de ansiedad, de depresión, de autodesprecio o de vergüenza. No intente evitarlo; experimente esta sensación de malestar.
- 3.- Después de experimentar una de las situaciones estresantes, oblíguese a cambiarla. Puede variar esta emoción esencialmente, de modo que la ansiedad, la depresión, la rabia y el sentimiento de culpa sean remplazados por una profunda inquietud, por desilusión, decepción o arrepentimiento. Si cree que no es capaz de hacerlo, se engaña a sí mismo. Todo el mundo puede obligarse a cambiar una emoción aunque sea por pocos momentos.
- 4.- Después de haber tomado contacto con la situación estresora y haberla transformado, aunque haya sido por breves momentos, en otra más adecuada, debe pasar a examinar cómo lo ha hecho. ¿Qué ha ocurrido en su mente que ha hecho que pudiera modificar la depresión, la ansiedad, la rabia, etc.? Se dará cuenta de que, en cierto modo, ha modificado también su sistema de creencias.
- 5.- En lugar de decir “No puedo soportar esto... Va a volverme loco”, ahora podría decir “Ya he salido con éxito de situaciones como esta otras veces”. Con ello habrá cambiado sus creencias, sus interpretaciones de las experiencias.

EJEMPLO

La técnica de las imágenes emotivorracionales fue practicada por un ama de casa que se deprimía cada vez que su marido encendía la televisión por la noche. Durante el día evocaba la situación: su marido limpiándose con la servilleta, levantándose de la mesa, llevando los platos a la cocina y saliendo del comedor. Unos minutos después se oiría el sonido de la televisión, el cambio de canal hasta oír el programa favorito del marido. Cuando se repetía la

secuencia, se sentía invadida por el desánimo y el descorazonamiento. Después de entrar en contacto con la emoción estresora de forma continuada, esta mujer se obligó a cambiarla por el sentimiento de disgusto e irritación. Era como mover una roca inmensa y tardó 15 minutos de esfuerzo continuado en poder tomar contacto, aunque momentáneo, con las emociones más apropiadas. Practicando a intervalos de una hora, pronto logro transformar la depresión en irritación o disgusto y sentirlo durante varios minutos. Llegada a este punto, estaba en condiciones de examinar cómo había cambiado sus pensamientos (lenguaje interior) para poder modificar con ellos sus emociones. Averiguó que podía cambiar la depresión por irritación diciéndose a sí misma “No tengo por qué sentirme desamparada. Si él quiere pasar el tiempo viendo la televisión yo mientras tanto puedo hacer algo que me guste”. Otros pensamientos fueron: “Es su vida. Puede pasarla como quiera. Pero yo no voy a desperdiciar la mía; hay mucha gente a la que no visito porque creo que debo estar en casa con él. Voy a ocuparme de mi misma. Puede que a él no le guste que no esté en casa, pero yo no tengo obligación de quedarme”.

Desarrollo de respuestas emocionales alternativas

Lista de ejemplos de situaciones y de respuestas emocionales alternativas.

Situación	Emoción estresante	Emoción apropiada
Discusión con el cónyuge.	Rabia.	Enfado, irritación.
Fracaso en encontrar trabajo en una fecha límite.	Ansiedad.	Inquietud.
Crueldad hacia su hijo.	Sentimiento intenso de culpa.	Arrepentimiento.
Anulación de algo que le gusta mucho.	Depresión.	Desilusión.
Recibimiento de una crítica.	Sentimiento de autodesprecio.	Enfado, preocupación.
Error en público.	Vergüenza.	Irritación.

- A continuación escriba sus propias situaciones estresantes, anotando también las emociones estresantes que experimenta y otras más adecuadas que le gustaría sentir.

Situación	Emoción estresante	Emoción apropiada

Puede utilizar la técnica de las imágenes emotivorracionales en cada una de las situaciones que haya escrito. Si las emociones estresantes no desaparecen de inmediato, continúe experimentándolas hasta que se produzca el cambio. Es del todo cierto que puede modificar estas emociones simplemente obligándose a a hacerlo. Cambiando su lenguaje interior para que dé lugar a pensamientos, creencias e ideas más adaptativas, logrará modificar la emoción de forma gradualmente más fácil. Para obtener resultados óptimos, practique esta técnica diez minutos al día, durante dos semanas por lo menos.

Profundización

Es importante darse cuenta de que hay tres niveles de profundización que son totalmente necesarios para que se produzca el cambio de emoción.

- 1.- Conocimiento de la existencia del problema y de algunos de los acontecimientos que pueden haberlo causado.
- 2.- Ver con claridad que las ideas irracionales que adquirió en épocas tempranas de la vida son las que crean el clima emocional en el que vive en la actualidad y que, de modo consciente o inconsciente, usted está colaborando a que se perpetúen.
- 3.- El convencimiento profundo de que después de descubrir los dos niveles anteriores no encontrará otra forma de eliminar el problema más que trabajando de modo enérgico, constante y persistente en modificar sus ideas irracionales.

ACTIVIDAD: Aplicación de TMMS-24 e Inventario de Depresión de Beck.

Descripción: Se aplicará el autoinforme TMMS-24 para medir la inteligencia emocional y posteriormente se procederá a aplicar el Inventario de depresión de Beck para medir el grado de depresión de los sujetos. **Duración:** 30 minutos.

Técnica reforzadora

Enfoque: Cognitivo
Nombre: Imágenes dirigidas (El sendero de la montaña)

Nombre: Imágenes dirigidas (El sendero de la montaña)

Autor: Emil Coué

Duración: 25 minutos.

Objetivo: Relajación. Utilización del pensamiento para el tratamiento de los síntomas físicos de estrés.

Descripción: Cierre los ojos. Imagínese que está apartándose del lugar donde vive. Deje atrás los ruidos y las prisas cotidianas. Imagínese que cruza un valle y que se acerca a una sierra. Imagínese en ella. Está subiendo por un camino tortuoso. Encuentra en él un sitio donde pararse. Encuentra un sendero por el que sube. Empiece a subirlo. Busque un lugar cómodo donde pararse. Cuando lo haya encontrado y llegado a este punto, tómese algo de tiempo para examinar toda la tensión que hay en su vida. Conceda mentalmente a la tensión y al estrés formas y colores. Mírelos con cuidado y luego déjelos en el margen del sendero donde se halla. Continúe subiendo por él hasta que llegue a la cima de una colina. Mire desde ella. ¿Qué ve...? Busque un lugar atractivo y cómodo y diríjase hacia él. Fíjese en los alrededores, ¿a qué se parece? Fíjese en las vistas, en los olores, en los sonidos. Repare en cómo se siente. Instálese, y poco a poco, empiece a relajarse. Ahora se siente totalmente relajado. Experimente la sensación de estar total y enteramente relajado. Descanse de 3 a 5 minutos. Mire a su alrededor otra vez. Recuerde que este es su lugar especial para relajarse al que puede venir siempre que lo desee. Vuelva de nuevo a la habitación en la que se encuentra y dígame a sí mismo que todas estas imágenes, fruto de su imaginación, las ha creado usted y que puede recurrir a ellas siempre que desee relajarse.

DEDICACIÓN PERSEVERANTE

El último consejo es que no se dé por vencido (a). Su capacidad para relajarse, para aprender a gestionar sus emociones y desarrollar su inteligencia emocional es enormemente grande. Lo que ocurre es que cambiar no siempre es fácil (puede encontrarse anclado en sus antiguos hábitos), pero si es posible conseguirlo, es solo cuestión de paciencia,

perseverancia y tiempo.

Actividad de cierre: Retroalimentación

Duración: 15 minutos.

Objetivo: Conocer los conocimientos adquiridos por los participantes durante el curso.

1. ¿Qué aprendió?

2. ¿Considera que el curso le ayudo a tener un mejor control de sus emociones?

3. ¿Cómo se sintió durante el curso?

4. ¿Considera que las técnicas aprendidas durante el curso le serán útiles en su vida cotidiana? ¿Por qué?

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN 😊

Anexo 1. TMMS-24

TMMS-24

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

Anexo 2. Inventario de depresión de Beck

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz la que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
No me encuentro triste
Me siento algo triste y deprimido
Ya no puedo soportar esta pena
Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
Creo que nunca me recuperaré de mis penas
No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
No espero nada bueno de la vida
No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
No me considero fracasado
Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

Ya nada me llena
Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
Ya no me divierte lo que antes me divertía
No estoy especialmente insatisfecho
Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

A veces me siento despreciable y mala persona
Me siento bastante culpable
Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

Presiento que algo malo me puede suceder
Siento que merezco ser castigado
No pienso que esté siendo castigado
Siento que me están castigando o me castigarán
Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

Estoy descontento conmigo mismo
No me aprecio
Me odio (me desprecio)
Estoy asqueado de mí
Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

No creo ser peor que otros
Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
Siento que tengo muchos y muy graves defectos
Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
Siento que estaría mejor muerto
Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
Tengo planes decididos de suicidarme
Me mataría si pudiera
No tengo pensamientos de hacerme daño

10 Períodos de llanto

No lloro más de lo habitual

<p>Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo Ahora lloro más de lo normal</p>
<p>11. Irritabilidad No estoy más irritable que normalmente Me irrito con más facilidad que antes Me siento irritado todo el tiempo Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba</p>
<p>12. Aislamiento social He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto Me intereso por la gente menos que antes No he perdido mi interés por los demás He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos</p>
<p>13. Indecisión Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones Tomo mis decisiones como siempre Ya no puedo tomar decisiones en absoluto Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda</p>
<p>14. Imagen corporal Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado Me siento feo y repulsivo No me siento con peor aspecto que antes Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)</p>
<p>15. Capacidad laboral Puedo trabajar tan bien como antes Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa No puedo trabajar en nada Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo No trabajo tan bien como lo hacía antes</p>
<p>16. Trastornos del sueño Duermo tan bien como antes Me despierto más cansado por la mañana Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas</p>
<p>17. Cansancio Me canso más fácilmente que antes Cualquier cosa que hago me fatiga No me canso más de lo normal Me canso tanto que no puedo hacer nada</p>
<p>18. Pérdida de apetito He perdido totalmente el apetito Mi apetito no es tan bueno como antes Mi apetito es ahora mucho menor Tengo el mismo apetito de siempre</p>
<p>19. Pérdida de peso No he perdido peso últimamente He perdido más de 2,5 kg He perdido más de 5 kg He perdido más de 7,5 kg</p>
<p>20. Hipocondría Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas Estoy preocupado por dolores y trastornos No me preocupa mi salud más de lo normal Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro</p>
<p>21. Libido Estoy menos interesado por el sexo que antes He perdido todo mi interés por el sexo Apenas me siento atraído sexualmente No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo</p>

CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque de la investigación: Mixto.

Para este trabajo se ha elegido el enfoque mixto debido a que se usará una recolección de datos para probar una hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico. La recolección de datos se fundamentara en la medición (se medirán las variables contenidas en la hipótesis). La investigación será lo más “objetiva posible”, se minimizarán las preferencias personales.

La investigación cualitativa “Postula que la "realidad" se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. De este modo, convergen varias "realidades", por lo menos la de los participantes, la del investigador y la que se produce mediante la interacción de todos los actores. Además son realidades que van modificándose conforme transcurre el estudio. Estas realidades son las fuentes de datos” (Hernández, 2006). Con las conclusiones de este trabajo se pretende llegar a un nuevo conocimiento que sirva de aporte a la psicología.

5.2 Alcance de la investigación: Correlacional.

Busca responder a la siguiente pregunta ¿qué grado de correlación existe entre la depresión endógena, la depresión por desesperanza y la inteligencia emocional? “Este tipo de estudios tiene como propósito conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (Hernández, 2006). En este trabajo se analizará la relación entre tres variables.

“Los estudios correlacionales miden el grado de asociación entre esas dos o más variables (cuantifican relaciones). Es decir, miden cada variable presuntamente relacionada y, después, miden y analizan la correlación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba” (Hernández, 2006). La principal utilidad de este estudio será conocer cómo se comporta una variable al conocer el comportamiento de otras variables relacionadas.

5.3 Diseño de la investigación: Experimental.

“Los experimentos manipulan tratamientos, estímulos, influencias o intervenciones (denominadas variables independientes) para observar sus efectos sobre otras variables (las dependientes) en una situación de control”

(Hernández, 2006). Se busca ver como una variable independiente en este caso una “Guía para el desarrollo de la Inteligencia emocional” influye en los índices de depresión endógena y por desesperanza que serían las variables dependientes.

“Cuando en realidad existe una relación causal entre una variable independiente y una dependiente, al variar intencionalmente la primera, la segunda también variara” (Hernández, 2006). Es decir si la Inteligencia emocional aumenta que es lo que se pretende con la guía, la depresión disminuirá. “La variable dependiente no se manipula, sino que se mide para ver el efecto que la manipulación de la variable independiente tiene en ella” (Hernández, 2006).

5.4 Tipo de investigación: De campo

Se cualificará y cuantificará las variables contenidas en el problema a tratar. Se busca caracterizar y, medir las variables constitutivas del problema de investigación. (Castañeda, 2002). Se medirán más de una variable de interés para determinar si existe correlación entre éstas. Los instrumentos utilizados para medir tienen validez y confiabilidad suficientes.

5.5 Población

La población, objeto de esta investigación será de 15 trabajadores de la clínica ISSSTE 300700 en Orizaba, Veracruz, en etapa de adultez intermedia de 30 a 40 años.

5.6 Tipo de muestra: No probabilística.

Los 15 trabajadores de la Clínica ISSSTE 300700 tienen la misma probabilidad de ser escogidos para formar parte de la muestra de acuerdo a las características definidas en la población.

“La elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con base en fórmulas de probabilidad” (Hernández, 2006). Se elegirán a las personas que de acuerdo a lo que se necesite para este trabajo.

5.7 Instrumentos de prueba

5.7.1 Escala de Inteligencia Emocional autoinformada TMMS-24

La TMMS-24 está basada en el Trait-Meta Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes en nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 es una adaptación al español de Fernández-Berrocal y consta de veinticuatro ítems, y en cada uno de ellas encontramos cinco opciones de distinto nivel de conformidad con ese ítem. No se trata de este modo, de un test donde hay preguntas correctas o incorrectas o buenas ni malas sino de contestar conforme a las preferencias de cada individuo. Lo que sí se pide es sinceridad y agilidad a la hora de contestar a cada una de las preguntas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional (IE) con 8 ítems cada una de ellas, estas dimensiones son:

1. Percepción emocional, cuando el individuo es capaz de sentir y expresar los sentimientos en una forma adecuada.
2. Comprensión de sentimientos, se da cuando el individuo conoce bien sus propios estados emocionales.
3. Regulación emocional, cuando una persona es capaz de regular sus estados emocionales correctamente.

Para obtener una puntuación de cada uno de los factores de este “test”, se evalúa sumando los ítems del 1 al 8 para obtener el factor percepción, a su vez, también se suman los ítems del 9 al 16 para el factor comprensión y por consiguiente los ítems del 17 al 24 para saber el factor regulación.

Tras haber sumado estos ocho ítems dentro de cada grupo, se mira en la tabla correspondiente los resultados, sin olvidar diferenciar si el realizador del test es hombre o mujer. Las puntuaciones para hombres y mujeres son las siguientes:

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Atención	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 24
	Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 36

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Claridad	Debe mejorar su claridad < 25	Debe mejorar su claridad < 23
	Adecuada claridad 26 a 35	Adecuada claridad 24 a 34
	Excelente claridad > 36	Excelente claridad > 35

Reparación	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
	Debe mejorar su reparación < 23	Debe mejorar su reparación < 23
Adecuada reparación 24 a 35	Adecuada reparación 24 a 34	
Excelente reparación > 36	Excelente reparación > 35	

5.7.2 Inventario de Depresión de Beck

Creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado de 21 ítems que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Es uno de los cuestionarios más utilizados dentro del campo de la psicología a la hora de medir la severidad de la depresión.

Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severo.

Las normas de calificación para el BDI en México son las siguientes: Nivel de depresión mínima de 0 a 9 puntos, depresión leve de 10 a 16, depresión moderada de 17 a 29 y depresión severa de 30 a 63 puntos.

Se dividirán por ítems los que pertenecen a la depresión endógena, 4 (perdida de satisfacción), 21 (falta de interés en el sexo), 16 (problemas de sueño) y 17 (cansancio). Después los que evalúan la desesperanza; 2 (desesperanza), 13 (dificultad para tomar decisiones), 15 (dificultad para trabajar), 16 (problemas de sueño) y 17 (cansancio). Esto basado en los criterios de Beck y el DSM-IV. Este conjunto de síntomas se ha utilizado satisfactoriamente en trabajos previos con el realizado por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos.

5.7.3 Pruebas estadísticas

a) Wilcoxon

Es una prueba no paramétrica para muestras relacionadas, se utilizará para comprobar si hubo diferencia significativa entre las puntuaciones obtenidas en el TMMS-24 y el Inventario de Depresión de Beck antes y después del curso (pretest y posttest).

b) Pearson

Prueba no paramétrica que se utilizará para medir el grado de correlación entre dos variables; inteligencia emocional y depresión endógena.

c) Spearman

Prueba que permitirá medir la correlación o asociación de dos variables en este caso la inteligencia emocional y la depresión por desesperanza.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El análisis estadístico de los resultados arrojados de los tests aplicados a 15 trabajadores de la Clínica Hospital ISSSTE 300700 que se encuentran en la adultez media que comprende las edades entre 40 y 65 años, TMMS-24 e Inventario de Depresión de Beck se enseña a continuación.

6.1 Resultados comparativos cuantitativos.

a) TMMS-24.

1.- Pretest

El siguiente cuadro muestra los resultados de los indicadores que se obtuvieron de cada ítem del TMMS-24, referente a la inteligencia emocional, aplicada antes del curso taller a 15 trabajadores de la Clínica Hospital ISSSTE 300700 de la ciudad de Orizaba, Ver.

Ítem	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5
1. Presto mucha atención a los sentimientos.	T= 1	T= 2	T= 2	T= 5	T= 5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	T= 0	T= 3	T= 4	T= 4	T= 4
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	T= 0	T= 5	T= 5	T= 3	T= 2
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	T= 0	T= 2	T= 4	T= 2	T= 7
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	T= 3	T= 5	T= 2	T= 2	T= 3
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	T= 5	T= 3	T= 3	T= 2	T= 2
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	T= 0	T= 5	T= 8	T= 1	T= 1
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	T= 1	T= 5	T= 5	T= 4	T= 0
9.- Tengo claros mis sentimientos.	T= 1	T= 3	T= 3	T= 3	T= 5

10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	T= 2	T= 3	T= 5	T= 4	T= 1
11. Casi siempre sé cómo me siento.	T= 0	T= 1	T= 3	T= 7	T= 4
12.- Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	T= 0	T= 2	T= 7	T= 6	T= 0
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	T= 0	T= 2	T= 6	T= 3	T= 4
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	T= 0	T= 2	T= 5	T= 4	T= 4
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	T= 2	T= 0	T= 4	T= 6	T= 3
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	T= 1	T= 3	T= 2	T= 7	T= 2
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	T= 0	T= 1	T= 4	T= 5	T= 5
18.- Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	T= 0	T= 0	T= 4	T= 3	T= 8
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	T= 0	T= 3	T= 2	T= 7	T= 3
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	T= 0	T= 1	T= 2	T= 5	T= 7
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	T= 1	T= 2	T= 1	T= 5	T= 6
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	T= 0	T= 3	T= 2	T= 4	T= 6
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	T= 0	T= 0	T= 2	T= 3	T= 10
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	T= 0	T= 2	T= 0	T= 6	T= 7

2.- Posttest

El siguiente cuadro muestra los resultados de los indicadores que se obtuvieron de cada ítem del TMMS-24, referente a la inteligencia emocional, aplicada después del curso taller a 15 trabajadores de la Clínica Hospital ISSSTE 300700 de la ciudad de Orizaba, Ver.

Ítem	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5
1. Presto mucha atención a los sentimientos.	T= 0	T= 3	T= 6	T= 2	T= 4
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	T= 0	T= 3	T= 7	T= 3	T= 2
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	T= 2	T= 5	T= 6	T= 0	T= 2
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	T= 1	T= 2	T= 5	T= 5	T= 2
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	T= 3	T= 8	T= 3	T= 0	T= 1
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	T= 3	T= 6	T= 2	T= 2	T= 1
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	T= 1	T= 7	T= 3	T= 1	T= 3
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	T= 0	T= 4	T= 5	T= 2	T= 4

9.- Tengo claros mis sentimientos.	T= 1	T= 4	T= 3	T= 2	T= 5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	T= 0	T= 2	T= 6	T= 3	T= 4
11. Casi siempre sé cómo me siento.	T= 0	T= 0	T= 7	T= 4	T= 4
12.- Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	T= 0	T= 4	T= 1	T= 6	T= 4
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	T= 1	T= 2	T= 3	T= 4	T= 5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	T= 0	T= 2	T= 4	T= 2	T= 7
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	T= 0	T= 2	T= 5	T= 4	T= 4
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	T= 0	T= 0	T= 7	T= 5	T= 3
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	T= 0	T= 0	T= 3	T= 4	T= 8
18.- Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	T= 0	T= 0	T= 3	T= 4	T= 8
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	T= 0	T= 1	T= 4	T= 3	T= 7
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	T= 0	T= 1	T= 2	T= 5	T= 7
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	T= 0	T= 1	T= 2	T= 5	T= 7
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	T= 0	T= 0	T= 1	T= 9	T= 5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	T= 0	T= 0	T= 2	T= 1	T= 12
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	T= 0	T= 1	T= 1	T= 6	T= 7

b) Inventario de depresión de Beck

1.- Pretest

El siguiente cuadro muestra los resultados de los indicadores que se obtuvieron de cada ítem del Inventario de Depresión de Beck, aplicado antes del curso taller a 15 trabajadores de la Clínica Hospital ISSSTE 300700 de la ciudad de Orizaba, Ver.

Ítem	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	R-7	R-8
1. Estado de ánimo	T= 0	T= 8	T= 3	T= 0	T= 4			
2. Pesimismo	T= 5	T= 0	T= 10	T= 0	T= 0			
3. Sentimientos de fracaso	T= 1	T= 0	T= 2	T= 12	T= 0			
4. Insatisfacción	T= 0	T= 5	T= 2	T= 8	T= 0			
5. Sentimientos de culpa	T= 2	T= 1	T= 0	T= 0	T= 12			
6. Sentimientos de castigo	T= 5	T= 0	T= 10	T= 0	T= 0			
7. Odio a si mismo	T= 4	T= 0	T= 0	T= 0	T= 11			

8. Autoacusación	T= 8	T= 0	T= 0	T= 0	T= 7			
9. Impulsos suicidas	T= 0	T= 0	T= 1	T= 0	T= 0	T= 14		
10. Períodos de llanto	T= 12	T= 1	T= 1	T= 1				
11. Irritabilidad	T= 5	T= 5	T= 0	T= 5				
12. Aislamiento social	T= 1	T= 3	T= 11	T= 0				
13. Indecisión	T= 0	T= 14	T= 0	T= 1				
14. Imagen corporal	T= 1	T= 0	T= 10	T= 4				
15. Capacidad laboral	T= 12	T= 0	T= 0	T= 1	T= 2			
16. Trastornos del sueño	T= 8	T= 1	T= 1	T= 0	T= 2	T= 3	T= 0	T= 1
17. Cansancio	T= 3	T= 0	T= 12	T= 0				
18. Pérdida de apetito	T= 1	T= 4	T= 0	T= 10				
19. Pérdida de peso	T= 14	T= 0	T= 0	T= 1				
20. Hipocondría	T= 0	T= 1	T= 10	T= 4				
21. Libido	T= 3	T= 1	T= 1	T= 10				

2.- Postest

El siguiente cuadro muestra los resultados de los indicadores que se obtuvieron de cada ítem del Inventario de Depresión de Beck, aplicado después del curso taller a 15 trabajadores de la Clínica Hospital ISSSTE 300700 de la ciudad de Orizaba, Ver.

Ítem	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	R-7	R-8
1. Estado de ánimo	T= 0	T= 10	T= 4	T= 0	T= 1			
2. Pesimismo	T= 2	T= 1	T= 12	T= 0	T= 0			
3. Sentimientos de fracaso	T= 0	T= 0	T= 2	T= 13	T= 0			
4. Insatisfacción	T= 0	T= 1	T= 2	T= 12	T= 0			
5. Sentimientos de culpa	T= 2	T= 0	T= 0	T= 0	T= 13			
6. Sentimientos de castigo	T= 1	T= 0	T= 14	T= 0	T= 0			
7. Odio a si mismo	T= 1	T= 0	T= 0	T= 0	T= 14			
8. Autoacusación	T= 11	T= 2	T= 0	T= 0	T= 2			
9. Impulsos suicidas	T= 0	T= 1	T= 0	T= 0	T= 0	T= 14		
10. Períodos de llanto	T= 14	T= 0	T= 1	T= 0				
11. Irritabilidad	T= 8	T= 2	T= 0	T= 5				
12. Aislamiento social	T= 0	T= 1	T= 14	T= 0				
13. Indecisión	T= 1	T= 14	T= 0	T= 0				
14. Imagen corporal	T= 1	T= 0	T= 12	T= 2				
15. Capacidad laboral	T= 14	T= 0	T= 0	T= 0	T= 1			
16. Trastornos del sueño	T= 7	T= 2	T= 1	T= 0	T= 1	T= 3	T= 0	T= 1
17. Cansancio	T= 2	T= 0	T= 13	T= 0				
18. Pérdida de apetito	T= 0	T= 1	T= 1	T= 13				
19. Pérdida de peso	T= 14	T= 0	T= 0	T= 1				
20. Hipocondría	T= 0	T= 1	T= 8	T= 6				
21. Libido	T= 4	T= 0	T= 1	T= 10				

6.2 Estadística

a) Resultados de Pretest y Postest

Se utilizó la prueba de Wilcoxon para medir los resultados del curso taller y ver si realmente hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de depresión e inteligencia emocional antes y después del curso, la tabla que se muestra a continuación señala que realmente hubo una diferencia significativa de ($p = .045$) entre la prueba de Inteligencia Emocional enfocada en la Reparación Emocional pretest y postest a la aplicación del taller para su desarrollo, cumpliendo este con su objetivo, el aumentar la IE en trabajadores de la Clínica Hospital ISSSTE 300700.

	POSTESTTMMMS - PRETESTTMMMS
Z	-2.008 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	.045

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos negativos.

Para medir los resultados en el Inventario de Depresión de Beck también se utilizó la prueba Wilcoxon arrojando una diferencia significativa de ($p = .003$), lo cual muestra que el curso logro disminuir los niveles de depresión.

Estadísticos de contraste^a

	POSTESTBECK - PRETESTBECK
Z	-2.949 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	.003

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

b) Correlación entre Reparación emocional y depresión endógena

Se aplicó la prueba de Pearson para medir el grado de relación existente entre la Reparación emocional perteneciente a la Escala de IE y la depresión por causas biológicas, se encontró que si existe una relación significativa muy buena entre estas dos variables, el coeficiente de correlación es negativo lo cual quiere decir que al aumentar la IE disminuye la depresión endógena. Mostrando a continuación la tabla con los resultados.

Correlaciones

		ENDOGENA	REPARACIÓN
ENDOGENA	Correlación de Pearson	1	-.964**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	30	30
REPARACIÓN	Correlación de Pearson	-.964**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	30	30

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

c) Correlación entre Reparación emocional y depresión por desesperanza

Para medir la relación entre la Reparación emocional y la depresión por desesperanza se utilizó la prueba de Spearman, dando como resultados que existe una relación significativa muy buena entre estas dos variables, está se presenta como negativa, el coeficiente de correlación es negativo, al aumentar la IE disminuye la depresión por desesperanza como se muestra en el cuadro siguiente:

Correlaciones			DESESPERAN ZA	REPARACION
Rho de Spearman	DESESPERANZA	Coeficiente de correlación	1.000	-.872**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	30	30
	REPARACION	Coeficiente de correlación	-.872**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	30	30

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

6.3 Resultados cualitativos de la investigación.

a) Resultados por sesión

- Primera sesión: Durante la primera sesión los participantes se mostraron cooperativos y participativos, rápidamente se creó un clima de confianza y ellos dieron sus opiniones y puntos de vista cuando así se les pedía o cuando ellos así lo querían, siempre mostrándose respetuosos. Sobre la

Inteligencia emocional no existía un concepto claro para ellos antes de abordar el tema en el curso, algunos tenían vagas ideas de lo que era, pero eran muy pocos, por lo que la lectura propuesta para acercarlos al concepto de IE fue de gran ayuda ya que pudieron comprender mejor a que hacía referencia cuando la vieron cómo es que se aplica en la vida diaria el cual era el objetivo del texto. Otro punto importante en el que se hizo hincapié antes fue la diferenciación entre emoción y sentimiento, la gran mayoría no había reparado en la diferencia existente entre estos dos conceptos, por lo cual fue de gran ayuda para las siguientes sesiones. Un punto importante a notar en esta primera sesión fue la aplicación del TMMS-24 y el Inventario de Depresión de Beck, antes de iniciar se dieron las instrucciones claras sobre ambos y se respondieron todas las dudas de los participantes.

- Segunda sesión: En esta sesión los participantes ya tenían una idea más clara sobre lo que es la IE y la diferenciación entre sentimiento y emoción, por lo cual se comenzó a trabajar en la primer habilidad a desarrollar según el modelo de Salovey y Mayer, la Percepción y expresión de las emociones, la lectura que se presentaba en el curso taller era sencilla y pequeña por lo que rápidamente entendieron a qué se refería esta habilidad, con las actividades y técnicas se logró que ellos pusieran en práctica y no sólo se quedarán con lo teórico respecto a esta, en la actividad la Brújula de las emociones ellos pudieron llegar a conocerse mejor, y se notaban interesados por conocer más acerca de las emociones y cómo manejarlas, posteriormente con la técnica cognitiva el

Esquema ABC de Ellis se pudo notar que les costó un poco de trabajo comprender como era que se trabajaba pero al final lograron realizar la técnica, se finalizó con una retroalimentación en la que al hablar ellos se podían notar más conscientes acerca de sus emociones, y el como un buen manejo podía ayudarlos a ser más asertivos.

Posteriormente se trabajó con la segunda habilidad a desarrollar la Facilitación emocional del pensamiento (uso inteligente de las emociones), primeramente se explicó a qué hacía referencia esta habilidad y ellos lograron comprenderlo pero muchos confesaron nunca haberlo llevado a la práctica, se procedió a aplicar la técnica Detención del pensamiento la cual pareció agradarles mucho y resultó al final muy bueno concluir con ella la penúltima sesión, como en todas las sesiones se les pidió que aplicarán lo aprendido en sus relaciones interpersonales.

- Tercera sesión: En la última sesión ellos se trabajaron las últimas dos habilidades a desarrollar la Comprensión emocional y el Manejo de las emociones, para la primera se trabajaron las emociones básicas mediante una actividad de reconocimiento en la cual hubo un consenso general en cuanto a las respuestas, en la segunda técnica Imágenes emotivorracionales todos compartieron alguna experiencia en la cual pudiesen aplicarla y resulto bien porque entre ellos mismos había crecido la empatía y ahora se apoyaban y ayudaban a ser más objetiva a la persona que contaba su historia haciéndole ver que las personas o situaciones que le hacían sentir mal estaban tomando una importancia mucho mayor y por eso es que afectaban tanto. Se hizo una

retroalimentación con preguntas sobre la utilidad del curso en sus vidas y se procedió a realizar el posttest en el que contrario a la primera aplicación ya no hubo dudas.

b) Resultados generales

La aplicación del “Curso Taller de Inteligencia emocional como apoyo en el tratamiento de la Depresión” mostró que el hecho de aumentar la IE en los individuos disminuye sus niveles de depresión. Existió diferencia significativa positiva posterior a la aplicación del curso. Esto nos muestra que el hacer conscientes a los individuos acerca de sus emociones y el enseñarles a gestionarlas les permite adaptarse mejor a situaciones adversas y enfrentarlas de manera asertiva, aplicando las técnicas cognitivas que se les brindaron durante el curso, logrando así disminuir sus niveles de depresión.

Por otro lado, se comprobó que la inteligencia emocional si se encuentra correlacionada con la depresión endógena y también con la depresión por desesperanza, teniendo con las dos una muy buena relación.

Es importante el desarrollo de la IE para permitir a los individuos tener una conducta más adaptativa y un grado mayor de empatía hacia sus iguales,

permitiéndose así tener una mejor relación intrapersonal y por supuesto también mejoría en sus relaciones interpersonales, evitando interpretaciones erróneas que pueden llevarles al sufrimiento. “La edad media puede ser una época, no de declive y mengua, sino también de dominio, capacidad y crecimiento, una época para revalorar las metas y aspiraciones y para decidir sobre la mejor manera de aprovechar el resto de la vida” (Papalia, 2012).

CONCLUSIÓN

Mediante este trabajo se llegó a conocer y comprobar que al desarrollar las distintas habilidades que abarca el modelo de inteligencia emocional propuesto por Salovey y Mayer trabajadas a través de un curso taller que les mostrara a las personas a conocer, gestionar y comprender sus emociones y las de los demás se podía disminuir sus índices de depresión volviéndolos así más asertivos en el manejo de situaciones estresantes que se presentan en el día a día y que pueden si se lo permiten destrozarlos y cambiar totalmente su estado de ánimo. Trabajando el cambiar pensamientos para modificar emociones y a su vez conductas que no les estaban permitiendo estar tranquilos.

Al final se logró que las personas llegaran a pensar sobre sus propios pensamientos, es decir se generó en ellos un metaconocimiento. Esto fue claramente observable en sus opiniones durante y al terminar del curso, de cierta forma ellos se habían hecho más conscientes, ahora sabían las cosas, personas y situaciones que no les permitían estar del todo conformes, y como enfrentarlas, aprendieron a utilizar su IE para dar un cambio a su vida.

Queda claro que el uso de técnicas cognitivas fue de gran ayuda en el contenido del curso taller ya que este se encontraba basadas en ellas, y estas

acompañadas de actividades para desarrollar la Inteligencia emocional fueron parte central del resultado que se ha logrado; el curso taller cumplió con su cometido.

Otra parte importante de la investigación era medir el grado de correlación que existía entre la IE y las dos teorías que explican el origen de la depresión; la teoría de la depresión endógena y la teoría de la depresión por desesperanza, en este caso la IE si resulto relacionada a los dos tipos de depresiones, obteniendo una muy buena relación con cada una de ellas, interpretándose que a mayor IE menor grado de depresión.

Se busca que los aprendizajes obtenidos en este curso taller por los participantes perduren y los continúen aplicando en su vida cotidiana así como también generar en ellos el deseo de a futuro conocer más sobre la Inteligencia emocional y compartir los conocimientos adquiridos con otras personas.

Finalmente se espera que este curso taller pueda ser aplicado en otro tipo de poblaciones para continuar midiendo su grado de eficacia, agregando distintas variables que lo enriquezcan y haciendo pruebas estadísticas para medir su correlación con ellas.

REFERENCIAS

Impresas

ÁLVAREZ, S., Escoffié, E., Rosado, M., (2016) *Terapia en contexto. Una aproximación al ejercicio psicoterapéutico*, Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V., México.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*, Barcelona, Masson.

BECK, AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J, (1961), *An Inventory for measuring Depression*, Archives of general Psychiatric, Washington, DC.

BELLOCH, A., Sandín, B., Ramos, F., (1995), *Manual de Psicopatología Vol. 2*, Editorial Mc Graw-Hill, Madrid.

BELTRÁN, J., Bueno, J.A., (1995), *Psicología de la educación*, Editorial Boixaireu Universitaria, España.

BISQUERRA, R., Obiols, M., Redorta, J., (2006), *Emoción y conflicto. Aprenda a manejar las emociones*, Editorial Paidós, México.

CIE-10, (1994), *Trastornos mentales y del comportamiento*, Meditor, Madrid.

CIMA, A., Miralles, F., (2010), *Motivación en el aula y fracaso escolar*, CEU Ediciones, España.

CONSEJO PONTIFICIO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD, (2004), *La Depresión*, Ediciones Palabra, España.

DAVIS M., McKay M., (2002), *Técnicas de autocontrol emocional*, Ediciones Martínez Roca, S. A., Barcelona, España.

DÍAZ, N., Enríquez, H., Pérez, O., (2012), *Inteligencia emocional plena: Mindfulness y la gestión eficaz de las emociones*, Editorial Kairós, Barcelona, España.

EXTREMERA, N. Fernández-Berrocal, P. Mestre, J. M. y Guil, R. (2004). *Medidas de evaluación de la inteligencia emocional*, Revista Latinoamericana de Psicología, México.

FEIXAS G., Miró T., (1993), *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*, Ediciones Paidós Ibérica, S. A., España.

GARCÍA PM., Bacarán MT., y colaboradores, (2008), *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica*, ARS Medica, México.

GASTÓ C., Vallejo J., (1990), *Aspectos históricos. En: Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*, Masson, España.

GOLEMAN D., (1995), *Inteligencia emocional*, Editorial Kairós, España.

GONZÁLEZ, MF., López, M., (2005), *Inteligencia Emocional. Pasos para elevar el potencial infantil*, Ediciones Gamma, España.

HERNÁNDEZ, R., Fernández, C., Baptista, P., (2006), *Metodología de la investigación*, McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V, México.

HIDALGO, I., Santos, J., (2006), *Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria*, Editorial Ars Médica, México.

JACKSON SW., (1986), *Historia de la Melancolía y la Depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*, Turner, Madrid.

JURADO CS., Villegas ME., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, B., Barela, BR., (1998), *La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México*, México, Salud Mental, México.

KATZUNG B, Masters, S., Trevor, A., (2013), *Farmacología básica y clínica, doceava edición*, Editorial Mc Graw Hill, México.

OBLITAS, L., Becoña, E., (2008), *Psicología de la salud y calidad de vida*, (3^o Ed), Cengage Learning, México.

PAPALIA, D., Duskin, R., Martorell, G., (2012), *Desarrollo humano*, McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V., México.

PRESTON, John, (2004), *Cómo vencer la depresión*, Editorial Pax, México.

RESTREPO, C., Hernández, G., Rojas, A., (2008), *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y Tratamiento en niños, adolescentes y adultos*, (3^o Ed.), Editorial Médica Panamericana, Bogotá, Colombia.

RIART, J., Soler, M., (2004), *Estrategias para el desarrollo de la inteligencia. Recursos basados en el programa CIEP*, Ediciones CEAC, España.

RODÉS, J., Piqué, J., Trilla, A., (2007), *Libro de la salud del hospital Clínic de Barcelona y la fundación BBVA*, Editorial Nerea S.A, España.

Digítales

ABRAMSON, L., Alloy, L., Metalsky, G., (1997), Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes, España, <http://www.aepp.net/arc/Vol.%202.%20N3,%20pp.%20211-222.%201997.pdf>, Recuperado el 15 de enero de 2016 a las 21:00 hrs.

ENRÍQUEZ, H., (2011), Inteligencia emocional plena: hacia un programa de regulación emocional basado en la conciencia plena, <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5053/Tesis%20Doctoral%20de%20Héctor%20Arturo%20Enríquez%20Anchondo.pdf?sequence=1>, recuperado en 23 de diciembre de 2015 a las 14:00 hrs.

FERNÁNDEZ-BERROCAL, P., Extremera, N., Ramos, N., (2003), Inteligencia emocional y depresión, España, <http://www.c-unesco campodegibraltar.es/joomla/recursos/CURSO%20INTELIGENCIA%20EMOCIONAL/depresion.pdf>, Recuperado el 5 de noviembre de 2015 a las 19:00 hrs.

FERNÁNDEZ-BERROCAL, P., Extremera, N., Ramos, N., (2005), TMMS-24, España, http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/Reprints...Mood%20Meas%20and%20Mood%20Cong/TMMS24%20con%20referencias%20007.pdf, Recuperado el 7 de noviembre de 2015 a las 20:00 hrs.

MAYER, J., Salovey, P., (1997), La inteligencia emocional según Salovey y Mayer, <http://www.rafaelbisquerra.com/es/inteligencia-emocional/inteligencia->

emocional-segun-salovey-mayer.html, Recuperado 21 de febrero de 2016, 20:18 hrs.

MÚÑOZ, R., Aguilar S., Guzmán, J., Manual de Terapia Individual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión, Estados Unidos, https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1198.7.pdf, recuperado el 1 de agosto de 2016 a las 17:00 hrs.

SÁNCHEZ, (2008), Inteligencia emocional autoinformada y ajuste perceptivo en la familia. Su relación con el clima familiar y la salud mental, España, <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/982/249%20Inteligencia%200emocional%20autoinformada%20y%20ajuste%20perceptivo%20en%20la%20familia.pdf?sequence=1>, recuperado el 12 de enero de 2016 a las 15:00 hrs.

SOUZA, L., (2011), Estudio de las emociones: una perspectiva transversal, España, www.eumed.net/rev/cccss/16/, recuperado el 11 de diciembre de 2015 a las 15:00 hrs.

WILENSKY, P., (2012), Argentina, <http://capacitacion-juegos.com.ar/manualinteligenciaemocionalpractica.htm>, recuperado el 3 de mayo de 2016 a las 17:00 hrs.

GLOSARIO

Asertividad: Estrategia de comunicación que nos permite defender nuestros derechos y expresar nuestra opinión, gustos e intereses, de manera libre y clara, sin agredir a otros y sin permitir que nos agredan.

Cognición: Conjunto de procesos psíquicos relacionados con el procesamiento de la información a partir de la percepción, la memoria, la representación de conceptos, el lenguaje y las funciones ejecutivas.

Conducta: Conjunto de la actividad física de un organismo vivo, en respuesta a las situaciones de su entorno. La conducta es algo observable directamente, e incluye los movimientos musculares, el lenguaje y los sonidos, las reacciones vasomotoras, las secreciones, etc.

Depresión: Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Desesperanza: Visión negativa de la realidad en un contexto determinado. Y esta visión negativa aporta tristeza.

Emoción: Estado afectivo intenso que aparece de forma súbita y que va acompañado de cambios conductuales, fisiológicos y hormonales pasajeros.

Empatía: Habilidad para percibir y comprender los sentimientos y emociones de otras personas. Supone el saber ponerse en lugar del otro para entender su punto de vista.

Endógeno: Sentimiento o conocimiento originado por la estimulación de una zona receptora sensitiva y la transmisión de los correspondientes impulsos nerviosos al cerebro.

Inteligencia emocional: Incluye la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover crecimiento emocional e intelectual.

Metacognición: Conocimiento de los propios procesos emotivo-cognitivos y sus resultados. La metacognición es la capacidad que nos permite evaluar nuestros pensamientos y tener consciencia de nuestros sentimientos.

Sensación: Sentimiento o conocimiento originado por la estimulación de una zona receptora sensitiva y la transmisión de los correspondientes impulsos nerviosos al cerebro.

Sentimiento: Estado de ánimo que se relaciona con la toma de consciencia de una emoción. Los sentimientos implican subjetividad, son vividos como estados del yo.

ANEXOS

Anexo 1. Evidencia de aplicación de curso-taller.



Anexo 2. Evidencia de aplicación de curso-taller.

