



UNIVERSIDAD HUMANISTA HIDALGO

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Psicología

Inteligencia Emocional y Depresión en Adultos mayores en la
Casa de Descanso María Elena Ramírez De Lozano en
Pachuca, Hgo.

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

Licenciado en Psicología

PRESENTA

María Fernanda Ríos Pedraza

Asesor: Lic. en Psicología Samuel Nava Alcántara



Pachuca, Hidalgo.

Noviembre, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

RECONOCIMIENTOS

La presente investigación se realizó con el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México, siendo la casa de estudios más importante a nivel nacional y una de las universidades que posee mayor jerarquía a nivel internacional, el transmitir conocimientos sobre la Psicología como ciencia de estudio por medio de la Universidad Humanista Hidalgo, que siguió paso a paso el desarrollo del estudio en su estructura, así mismo el adquirir información elemental para esta investigación y su mejora. El conocimiento exquisito que transmitieron profesionistas como el Psic. Samuel N. Alcántara, su colaboración fue elemental a través de observaciones, orientación en general que dio para poder lograr que se realizara el estudio, también la formación que transmitieron durante mucho tiempo otros profesionistas como la Psic. Alejandra G. Bocanegra, Psic. Judith Rodríguez Gonzales, Psic. Adrián Tovar y demás profesionales.

El sistema DIF Hidalgo junto con la Casa de descanso María Elena Ramírez De Lozano, contribuyeron en esta investigación gracias a su participación en sus instalaciones, con la obtención de datos sobre los residentes en favor del estudio. Gracias a la colaboración del Dr. Juan Carlos García Zavaleta; por su apoyo y orientación en todo conocimiento general sobre la psicogerontología.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, nuestro señor:

Por darme amor, esperanza y enseñarme lo bella que es la vida.

A mi Familia:

A Adela Pedraza Moctezuma por ser mi mamá, por orientarme en varios aspectos de la vida con consejos, apoyo y su gran amor. A mi papá Eduardo Ríos Grotewold por apoyar a mi mamá en mi crianza, amarla y ser una persona ejemplar. A mis abuelas Guadalupe Moctezuma y Martha Grotewold, mis padrinos Jorge Ríos, Jessica Sánchez, Diana Ríos y Gustavo Robles, mis tíos Luis Guillermo Pedraza, Blanca Ríos, Gabriela Pedraza, Ricardo Pedraza y demás familiares por su amor y apoyo. A la memoria de mis abuelos Eduardo R. Martínez y Gabriel Pedraza, por ser en vida personas maravillosas, están en mi corazón.

A Betsabe Cruz Landaverde y familia:

Betsabe Cruz por ser mi hermana del alma, por cada momento que pasamos juntas, consejos, apoyo y cariño en todo momento. A Sra. Dulce María Landaverde por su cariño, consejos y apoyo. A Sr. Manuel Cruz por ser buena persona conmigo.

A Enf. Ana María García Motta:

Por ser una maravillosa persona conmigo, una excelente profesionalista del área de la salud de la cual aprendí mucho, la estimo mucho.

A Dr. Víctor Uriarte:

Por ser un excelente profesional del área de la salud, ayudar a mis padres a que yo mejore. Le agradezco por haberlo conocido.

A Camila, por existir y formar parte de esta etapa de mi vida.

INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	7
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2. HIPÓTESIS.....	14
1.3. OBJETIVOS.....	15
1.4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	16
1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	17
1.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	18
CAPITULO II. INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN	
EN PERSONAS EN LA TERCERA EDAD	20
2.1. INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	20
2.1.1. CONCEPTO.....	21
2.1.2. EL CEREBRO EMOCIONAL	21
2.1.3. TEORÍAS	27
2.1.3.1. TEORÍA DE LAS INTELIGENCIAS MÚLTIPLES	27
2.1.3.2. TEORIA DE LA AUTO-EFICACIA.....	28
2.1.3.3. MODELO TEORICO “INDEFENSION APRENDIDA”.....	28
2.1.4. INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	30
2.1.5. INTELIGENCIA INTERPERSONAL	30
2.1.6. MEDICIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	30
2.1.6.1. MODELO DE LAS CUATRO RAMAS	
DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	31
2.1.6.1.1. PERCEPCIÓN EMOCIONAL.....	31
2.1.6.1.2. FACILITACIÓN EMOCIONAL.....	32
2.1.6.1.3. COMPRENSIÓN EMOCIONAL.....	33
2.1.6.1.4. MANEJO EMOCIONAL.....	33
2.2. VEJEZ	34

2.2.1. CONCEPTO.....	36
2.2.2. ETAPA DE DESARROLLO DE LA VEJEZ	36
2.2.2.1. VEJEZ SANA.....	39
2.2.2.2. VEJEZ ENFERMA	39
2.2.3. DESARROLLO COGNITIVO	40
2.2.4. DESARROLLO EMOCIONAL	42
2.2.5. DESARROLLO PSICOSOCIAL	42
2.2.6. MODELO SISTÉMICO EN LA VEJEZ	43
2.2.6.1. VEJEZ Y FAMILIA.	44
2.2.6.2. AFECTIVIDAD Y VEJEZ.....	45
2.2.6.3. INSTITUCIONALIZACIÓN Y VEJEZ.....	46
2.2.6.3.1. ABANDONO EN LA VEJEZ	48
2.2.7. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL Y VEJEZ	50
2.2.7.1. PENSAMIENTOS.....	52
2.2.7.2. EMOCIONES	54
2.2.7.3. CONDUCTAS	56
2.3. DEPRESIÓN	56
2.3.1. CONCEPTO.....	57
2.3.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	57
2.3.2.1. DSM-V	58
2.3.2.2. CIE 10	58
2.3.3. COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS.....	59
2.3.4. ABORDAJE NEUROLÓGICO	60
2.3.5. FARMACOLOGÍA	62
2.3.6. DEPRESIÓN Y VEJEZ	64
2.3.7. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	65
2.3.8.1 TERAPIA OCUPACIONAL EN LA VEJEZ	67
2.3.8.2. TÉCNICAS DE INTERVENCION EN ESPACIOS INSTITUCIONALIZADOS	68
CAPITULO III. METODOLOGÍA	70

3.1. SUJETOS	70
3.2. MATERIALES	71
3.3. PROCEDIMIENTO.....	73
3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	74
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	75
4.1. DE LAS PRUEBAS APLICADAS	75
4.1.1. RANGOS DE EDAD DE LOS SUJETOS	75
4.1.2. GÉNERO EN LOS SUJETOS	76
4.1.3. COEFICIENTE INTELECTUAL EMOCIONAL (CIE)	77
4.1.3.1. COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE LAS CUATRO RAMAS DEL COEFICIENTE INTELECTUAL EMOCIONAL	78
4.1.3.1.1. PERCEPCIÓN EMOCIONAL	80
4.1.3.1.2. FACILITACIÓN EMOCIONAL	81
4.1.3.1.3. COMPRENSIÓN EMOCIONAL	82
4.1.3.1.4. MANEJO EMOCIONAL	83
4.1.3.2. COEFICIENTE INTELECTUAL EMOCIONAL Y GÉNERO	84
4.1.3.2.1. HOMBRES.....	84
4.1.3.2.2. MUJERES	85
4.1.4. DEPRESIÓN EN LOS SUJETOS	86
4.1.4.1. NIVELES DE DEPRESIÓN ENTRE LOS SUJETOS	87
4.1.4.2. DEPRESIÓN Y GÉNERO	88
4.1.4.3. DEPRESIÓN Y EDAD	88
4.1.5. COEFICIENTE INTELECTUAL EMOCIONAL Y DEPRESIÓN	90
4.1.6. COMPARACIÓN DE RESULTADOS EN GÉNERO	91
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	93
5.1. CONCLUSIONES	93
5.2. SUGERENCIAS.....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS.....	103

RESUMEN

En el presente se señala que actualmente a nivel mundial existe un aumento en la población de adultos mayores debido a la disminución en la tasa de nacimiento y mejora en el estilo de vida; generando que países como Canadá, Estados Unidos, España y países latinoamericanos enfatizan en tratamientos de prevención para evitar el aumento de padecimientos como la diabetes, alzheimer, demencia o la depresión; a pesar de que existen estudios enfocados en la población hispana sobre el envejecimiento y la depresión, es importante enfatizar las diferencias culturales y económicas existentes entre España, México y el resto de América Latina.

En México aún falta fortalecer la disciplina geriátrica dentro del diseño de políticas públicas y en el campo de la investigación aplicada enfocada a la población mexicana directamente, en el Estado de Hidalgo se registra el aumento poblacional en adultos mayores, siendo inevitable la intervención de profesionistas para garantizar las condiciones de vida adecuadas dentro de las instituciones; con el propósito de crear una cultura de prevención, cuidados y protección a la salud.

Se consideró a autores como John Mayer, Peter Salovey y Daniel Goleman referente al coeficiente intelectual emocional, siendo esta la capacidad que posee todo individuo para comprender sus propias emociones y las de los demás, esta capacidad es un precursor para el éxito en diversos ámbitos de la vida; la cual se ve limitada debido a la depresión como alteración del estado de ánimo, también se visualiza considerando el modelo teórico de Martin Seligman sobre la indefensión aprendida, la cual hace referencia de que un individuo ante una situación en la cual no puede conseguir el resultado deseado, aprende a sentirse indefenso, impotente y desamparado, siendo una causa de la depresión; así mismo la teoría de la

auto-eficacia de Bandura, menciona que las personas se deprimen debido a la creencia de que no sean capaces de ejecutar con éxito el comportamiento requerido para obtener el resultado deseado.

En los objetivos señalados en el estudio se buscó identificar a adultos mayores con depresión y realizar una comparación con los ancianos que no padecen de depresión, tomando en cuenta la edad, genero, puntaje total del coeficiente intelectual emocional y el nivel de depresión, durante el estudio se observaron limitaciones como repetir las instrucciones y preguntas con un lenguaje universal con la intención de evitar confusiones, dificultad en la motricidad fina y gruesa, y una constante resistencia.

En la metodología se evaluó la inteligencia emocional en 20 adultos mayores (11 mujeres y 9 hombres) observando, analizando, clasificando y registrando los puntajes totales del coeficiente intelectual emocional, así mismo los niveles de depresión de cada individuo, este estudio mostró que de los 20 sujetos 11 sufren de depresión y 9 no la padecen; también se identificó que aparte de la edad o género los adultos mayores muestran puntajes bajos en relación con la capacidad de comprender, percibir o manejar las emociones desde lo intrapersonal hasta lo interpersonal en comparación con poblaciones más jóvenes.

Se demostró que independientemente de la depresión en la vejez, los adultos mayores institucionalizados suelen presentar variaciones dentro del coeficiente intelectual emocional; por lo que se recomiendan sesiones terapéuticas con los enfoques sistémicos y cognitivo conductual, ambos ayudaran al fortalecimiento de la inteligencia emocional.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

“La vida es un sueño; el despertar es lo que nos mata”.

VIRGINIA WOOLF

La vejez es una etapa del desarrollo humano que inicia a los 60 años y termina cuando la persona fallece; se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento (Orbegozo, 2010).

La Depresión es un padecimiento que no respeta sexo ni edad, se considera que las depresiones tardías cursan de acuerdo a los mismos principios de las que aparecen en otras etapas de la vida. Estudios epidemiológicos han establecido que las frecuencias de los cuadros depresivos aumentan con la edad (Narváez., 1999).

La Inteligencia Emocional (I.E.), comprende la habilidad para motivarse, la persistencia ante la frustración, el control de los impulsos, demorar la gratificación, regulación de los estados de humor y el desarrollo de la empatía. Daniel Goleman (Goleman, 2018) demostró el valor del coeficiente emocional como predictor de éxito en la vida por encima del coeficiente intelectual.

En México, el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) se crea como un organismo público descentralizado, el cual busca mejores condiciones de vida para los grupos más vulnerables, mediante programas integrales de atención a la población en desamparo. En Hidalgo el DIF busca la integración de las familias, por ello se cuenta con servicios a personas de la tercera edad con posible depresión, (DIF, 2019).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 1947, W. H. Auden escribió un poema al que tituló “La edad de la ansiedad”, en el cual se refiere a un síndrome que estaba incrementando entre la población mundial; psiquiatras como Robert Lifton, relacionaron esta ansiedad con un estado general de alarma provocado por el temor de que la energía nuclear pudiera en cualquier momento acabar con la especie humana. A mediados de la década de los 60, una serie de artículos científicos empezaron a señalar que la ansiedad estaba siendo sustituida por la depresión y por la desesperanza como estados emocionales predominantes en el hombre, de acuerdo con la opinión de Gerald Klermann, implicaría que las décadas de este siglo fueron etiquetadas como la “La edad de la ansiedad”, las últimas décadas serían consideradas como “La edad de la melancolía”, (Narváez., 1999).

Por otra parte, en Estados Unidos el envejecimiento de la población es debido a varias causas específicas como lo son las altas tasas de nacimientos y de inmigración a inicios y mediados del siglo XX, la tendencia de disminuir las familias ha reducido el tamaño relativo de los grupos de edad más jóvenes. Los baby boomers se acercan a los 65 años por ello es probable que casi 20% de los estadounidenses (71.5 millones) tenga 65 años o más en el 2030, casi el doble que en el 2000. En el 2005, 18.5% de los estadounidenses ancianos pertenecían a este grupo minoritario; en el 2040 la cifra será de 24%, (Papalia, 2012).

En México, la disciplina gerontológica aun no se consolida como un espacio de discusión y se encuentra en el debate internacional; esta disciplina se nutre de la investigación social, demográfica, sociológica y antropológica, pero también de los avances en los conocimientos médicos en el área clínica en la salud pública y epidemiología, en las ciencias biológicas y psicológicas (Montes de Oca-Zavala, 2010).

En México, queda por consolidar esta perspectiva dentro del diseño de políticas públicas pero también en la investigación tanto en el trabajo de campo como en el estudio de investigación aplicada, no obstante, en México se existen tres influencias: La primera, la experiencia de Canadá y Estados Unidos (Montes de Oca-Zavala, 2010) nutre algunas de las perspectivas con las que se analizó el envejecimiento; el instituto nacional del envejecimiento (NIA) dependiente del instituto nacional de salud (NIH) en la Unión Americana se ha consolidado por sus investigaciones; actualmente varias universidades norteamericanas cuentan con programas de gerontología social.

Surgió una nuevas perspectiva que resultó muy importante en la cual se sustenta la discusion sobre el calentamiento global y tiene que ver con la perspectiva ecológica del envejecimiento cuyas reflexiones se sustentan en la disponibilidad de agua, el cuidado y creación de comunidades autosustentables en energia, agua y proyectos productivos para las poblaciones (Montes de Oca-Zavala, 2010).

Sobresalen estudios del equipo de Kyriakos Markides como Cognitive Status and incident disability in older Mexican Americans: Findings from the Hispanic Established population for the Epidemiological study of the Elderly levantada en Estados Unidos, que se centró en el estudio de la poblacion hispana (Markides, 2004). En Canadá también hay interesantes propuestas conocidas por su desarrollo social, apoyos sociales, los estudios sobre las demencias y la salud en la vejez. Recientemente sobresalió los estudios longitudinales de la población anciana desde la perspectiva gerontológica. La perspectiva norteamericana representa una fuente de apoyo en la investigación en México (Montes de Oca-Zavala, 2010).

La segunda influencia, España siempre representa una perspectiva cercana en materia de envejecimiento con respecto al país; sus investigaciones y estudios son un referente necesario pero que se debe de observar con cautela ante las diferencias culturales y económica entre México y España. Sobresalen estudios del instituto de mayores y servicios sociales que procura la supervisión de las prestaciones sociales de los adultos mayores, este instituto es una entidad gestora de la seguridad social y los servicios sociales. España ofrece una amplia experiencia en servicios específicos para adultos mayores, sistemas de cuidado a domicilio, pensiones no contributivas y universidades en la atención a la salud. La tercera influencia es la perspectiva de América Latina y el Caribe, es una de mayor importancia en el pensamiento gerontológico porque existe coincidencias con la realidad social de los países de la región en cuanto a los bajos niveles de desarrollo económico y social, la baja escolaridad, el incremento de la pobreza, la marginación y los procesos de exclusión, baja institucionalidad en las políticas sociales de los países de la región; aunque existen obvias diferencias entre los países por la riqueza étnica, la multiculturalidad y los problemas derivados del subdesarrollo ubican a México en consistencia con la región latinoamericana (Montes de Oca-Zavala, 2010).

En México, la encuesta intercensal 2015 publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) la población total de la tercera edad alcanzó la cifra de 119.5 millones de personas, una de cada tres personas de 60 años o más tiene alguna discapacidad (31.6%); por sexo, es mayor la proporción de mujeres (56.3%) que la de los hombres (43.7%); la discapacidad con mayor proporción es la relacionada con la movilidad (dificultad para caminar, moverse, subir o bajar) tanto en hombres y mujeres (Consumidor, 2018).

A nivel nacional, aun hay una necesidad de orientación para crear una cultura y política en relación a la vez, el estado ha establecido como estrategias, estándares de vida para los adultos mayores, como protección a la salud, pensiones y jubilaciones por cesantía así como programas de tipo asistencial de 70 años en adelante; en albergues, asilos, entre otros, no obstante se considera la salud un aspecto de la población primordial en la atención, orientación y educación preventiva que posibilite generar un autocuidado, en el autocuidado, el cual se valora la participación tanto de los ciudadanos como del gobierno, parte fundamental de las políticas públicas (Guzmán, 2010).

En el Estado de Hidalgo, según el Consejo Estatal de Población (2010) explicó: “En 1970 la proporción de personas mayores de 60 años representaba el 6.6% del total de la población, para el 2010 constituyó el 9.2% y se estima que en el 2050 cerca de uno de cada tres habitantes se encontrara en este grupo de edad. Actualmente corresponde por cada 25 personas de la tercera edad, 100 menores de 15 años y se estima que para el 2030 habrá 10 menores del mismo rango de edad por 9 adultos, es decir que se está elevando considerablemente el índice de personas adultas; lo que justifica la necesidad de intervención de profesionistas y garantizar las condiciones óptimas de calidad de vida (Guzmán, 2010).

Actualmente la institucionalización se acentúa cada vez más por que las familias del presente, manifiestan una dinámica diferente a las familias de tiempos pasados como la reducción del tamaño de la vivienda, disminución de integrantes del grupo familiar, matrimonios y parejas donde ambos trabajan; la familia de hoy resulta insuficiente e incompetente para cuidar de los adultos mayores, siendo necesario buscar otras personas que cumplan las funciones para su cuidado (Rodríguez, 2015).

Por otra parte, el envejecimiento y sus consecuencias dependen del nivel socioeconómico y del lugar de residencia, cuidar la salud, el estilo de vida, la calidad de nutrición, ejercicio, participación en acciones preventivas y la utilización de los servicios de salud responden al nivel educativo, patrones culturales y la disponibilidad local de recursos (González, 2007).

La depresión es el trastorno psiquiátrico con mayor incidencia en la vejez, afecta a un 15 a 20% de las personas mayores de 75 años y lo sufren en la misma medida hombres y mujeres, no se debe considerar normal un estado de ánimo depresivo por el simple hecho de ser mayor de edad; la depresión no es una característica de la vejez (Larousse, 2002).

Una vez que se realizó un análisis de la población mexicana en adultos mayores; se llegó a la siguiente pregunta de investigación:

¿La inteligencia emocional muestra variaciones asociadas con la depresión en los residentes de la Casa de Descanso María Elena Ramírez De Lozano, Estado de Hidalgo, México?

1.2. HIPÓTESIS

La inteligencia emocional muestra variaciones en relación a la Depresión en los residentes evaluados en la Casa de Descanso María Elena Ramírez De Lozano, Estado de Hidalgo, México.

1.3. OBJETIVOS

A continuación, se explica el objetivo general y específicos que se pretenden alcanzar en el estudio:

1.3.1. GENERAL:

Conocer la variación en la inteligencia emocional y Depresión en pacientes de la tercera edad en la Casa de Descanso María Elena Ramírez De Lozano.

1.3.2. ESPECÍFICOS:

1. Identificar al paciente con Depresión por medio del inventario de Beck.
2. Comparar la inteligencia emocional entre los sujetos con depresión y los sujetos sin depresión.
3. Identificar cuál es la edad donde se presenta mayor variación en la Inteligencia Emocional.
4. Identificar cual es el sexo donde se muestra un mayor grado de variación en las diferentes ramas de la Inteligencia Emocional.
5. Caracterizar la rama de la Inteligencia Emocional con mayor variación mediante el Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso.

1.4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La población global está en proceso de envejecimiento. En el 2008 casi 56 millones de personas alrededor del mundo tenían 65 años o más siendo el aumento neto anual es mayor. Se estima que para el 2040, la población que entra en ese rango de edad será de 1.3 billones, sobrepasará por primera vez a la población infantil y este proceso se dará más rápido en los países desarrollados. El envejecimiento es el resultado de la disminución de la fertilidad acompañada por el crecimiento económico, mejora en la nutrición, en el estilo de vida y mejor control en las enfermedades infecciosas, agua, instalaciones de salubridad siendo más seguras y el avance de la tecnología y la medicina (Papalia, 2012).

El grupo de edad de crecimiento más rápido está formado por personas de cuarenta años en adelante. Actualmente constituye el 3% de la población mundial, pero se calcula que entre el 2008 y 2040 termine en 2.33%, el momento pronóstico para adultos mayores de 65 años en adelante es de 160% y los incrementos totales que se separan para todas las edades es apenas el 33%. Se estima que la población hispana de ancianos crezca con mayor rapidez de un 6% de población mayor de 65 años en el 2004 a 20% en el 2050. Para el 2028 se convertirá en la mayor población anciana de un grupo minoritario, (Papalia, 2012).

El envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe se caracterizan por su rápido crecimiento, ocurre en poblaciones pobres y se acentúa la heterogeneidad e inequidades, sobre todo socioeconómicas y de género, proceso de por sí agudiza (Melgar, 2012).

La diversidad en la estructura por edades de los países de la región está asociada a los distintos momentos en que cada uno inició la

transición de su natalidad y su mortalidad, cuyos efectos sobre la estructura por edades son observables en el largo plazo, (Melgar, 2012).

Por otra parte, cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud; un dato interesante es cuando menos documentos existan es que el promedio de vida de los pacientes deprimidos disminuye cada vez más (Narváez, 1999).

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Primero se le pidió a cada uno de los participantes de forma individual que llenen la ficha de identificación, las limitaciones en esta parte fueron: Problemas auditivos y motrices, ya que debido a que hubo casos donde no podían escribir sus datos personales e incluso un caso en el cual un sujeto mostró resistencia, conductas agresivas hacia el examinador por lo que se pidió la intervención de los cuidadores.

Al dar comienzo a la aplicación del inventario de Beck, se observó dificultad en comprender las preguntas en los sujetos, el examinador tuvo que repetir 2 a más veces las instrucciones y preguntas, incluso explicar con un lenguaje sencillo con el propósito de facilitar la comprensión y evitar confusiones.

En algunos casos la aplicación del inventario de Beck tardó más de lo esperado debido a que algunos casos, exigían ellos mismos escribir sus datos e ir respondiendo a la prueba, sin embargo, al observar la dificultad evidente en la motricidad fina, se pidió nuevamente apoyo de los cuidadores debido a conductas agresivas, desobediencia ante las instrucciones señaladas por el examinador, apatía y constante resistencia. Durante el proceso de aplicación de la prueba psicométrica MSCEIT: Inteligencia

Emocional, se realizaron diversas observaciones en las cuales se detectaron algunos problemas durante la aplicación individual, las cuales fueron que algunos residentes mostraron problemas visuales, auditivos, motrices por ello el examinador tuvo que llenar las hojas de respuesta al momento en el que el participante respondía de forma oral a cada ejercicio dentro de las diferentes secciones que compiten la prueba.

1.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Afecto: Estado psíquico elemental, no-analizabile, vago o cualificado, penoso o agradable que puede expresarse masivamente o bajo la forma de un matiz, de una tonalidad. A diferencia del sentimiento que está dirigido hacia un objeto, el afecto se centra principalmente sobre lo que es sentido primariamente (Doron, 2008).

Afectividad: Esfera de los sentimientos y de las emociones que interactúan con la esfera motriz y con la intelectual, de lo que se distingue solo abstractamente (Galimberti, 2002).

Antidepresivos: Clase de medicamentos psicotrópicos definida por su propiedad de elevar el ánimo triste y doloroso, que se inscribe en una enfermedad depresiva caracterizada (Lôo, 2001).

Comorbilidad: Superposición significativa o co-ocurrencia de síntomas y condiciones en diferentes trastornos (Sarason, 2006).

Deterioro: Progresivo compromiso de las funciones psíquicas por alteraciones anatomo-patológicas, procesos involuntarios, consecuencias de traumas o como efecto de psicosis funcionales (Galimberti, 2002).

Esquemas: Conjunto de conocimientos y experiencias almacenadas, que usa el ser humano para comprender las relaciones entre los acontecimientos y dirigir las acciones (García, 2002).

Falacias: Razonamientos no válidos pero que pueden parecer válidos (García, 2002).

Inteligencia Emocional: Término fue acuñado por Salovey y Mayer en 1990, definida como un tipo de inteligencia social que engloba la habilidad de controlar las propias emociones y las de los demás, así como discriminar entre ellas y utilizar la información que proporcione para guiar el pensamiento y acciones (Moreno C. M., 1998).

Longevidad: Es un aumento en la esperanza de vida, es decir que las características del proceso de envejecimiento generan una nueva etapa en donde las personas comienzan a vivir más años. La prolongación de la vida no solamente se manifiesta durante la vejez, sino que en todas las etapas de la vida se van alargando, durando más los periodos de aprendizaje, la maternidad y paternidad se vuelven más tardíos y se experimentan posibilidades de cambios abriendo una gama de intereses, experiencias, prioridades y relaciones sociales a medida que la persona envejece (Osorio, 2006).

Viejísimo: Se define como cualquier actitud, acción o estructura institucional que subordina a una persona o grupo por razones de edad o como asignación de roles discriminatorios en una sociedad, sin embargo, se caracteriza por los prejuicios, estereotipos y discriminación contra los adultos mayores sustentados por la creencia de que en la vejez las personas son menos atractivas, capaces, inteligentes y productivas (Martinez-Maldonado, 2016).

CAPÍTULO 2

“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS DE LA TERCERA EDAD.”

“La vida es una comedia para aquellos que piensan y una tragedia para aquellos que sienten”.

HORACE WALPOLE

2.1. INTELIGENCIA EMOCIONAL

En 1870, Galton fue uno de los primeros investigadores en realizar un estudio sistemático sobre las diferencias individuales en la capacidad mental de los individuos, utilizando un desarrollo de correlación de métodos, propuso un análisis estadístico como aplicación al fenómeno mental, su implicación y su uso; de igual modo fue pionero en el empleo de cuestionarios y métodos no tradicionales (Flores, 2005).

El concepto de inteligencia emocional como tal fue propuesto por Salovey y Mayer en 1990, a partir del lineamiento de Gardner en su teoría de las Inteligencias Múltiples, sin embargo, este concepto no es nuevo por tanto tiene su origen en la Ley del efecto formulada por Thorndike cuando propuso en su tesis doctoral un principio explicativo del aprendizaje animal. En 1990 Salovey y Mayer estructuraron su concepto de inteligencia emocional (IE) a partir de las inteligencias interpersonal e intrapersonal de Gardner, no obstante, corresponde a Goleman el mérito de difundir el concepto en 1995 a través de su obra dirigida al mundo empresarial en donde introduce el estudio de la IE y sus alcances, beneficios en el campo de la administración. Por otra parte, la inteligencia emocional está formada por meta habilidades que pueden ser categorizadas en cinco competencias: Conocimiento de las propias

emociones, capacidad para controlar las emociones, capacidad para motivarse a sí mismo, reconocimiento de emociones ajenas y control de las relaciones. Además de que el campo de la IE como objeto de estudio fue desarrollado por psicólogos, existen importantes trabajos de base biológica como los de LeDoux quien demuestra teórica y experimentalmente que la amígdala actúa como nexo entre el cerebro emocional y racional (Flores, 2005).

2.1.1. CONCEPTO

Es un tipo de inteligencia social, que engloba la habilidad de controlar las emociones y discriminar entre ellas, utilizar la información que se proporciona para guiar el pensamiento y las acciones, es decir que es la capacidad que posee una persona para poder comprender sus propias emociones y las de los demás, expresarlas de forma que resulte beneficiosas para el individuo y la cultura a la que pertenece (Moreno, 1998).

2.1.2. EL CEREBRO EMOCIONAL

La historia del cerebro emocional comienza a partir de episodios de la historia de la evolución del hombre se muestran sacrificios por el curso de la especie, en la perspectiva de los biólogos evolucionistas en situación de peligro los progenitores suelen sacrificarse por la supervivencia de la descendencia, resulta un éxito reproductivo al pasar los propios genes a las generaciones futuras, es el propósito original en la evolución de la especie. Las emociones buscan proteger a las futuras generaciones que conforman la especie humana ante situaciones adversas para la supervivencia; la urgencia de poder salvar a la descendencia lleva al impulso de la supervivencia personal. Los sociólogos señalan el predominio del corazón sobre la cabeza ante momentos cruciales, las emociones guían para enfrentar

momentos difíciles y tareas importantes para dejarlas sólo a la cabeza debido a los peligros, pérdidas dolorosas, persistencia hacia una meta a pesar del número de fracasos obtenidos, vínculos con compañeros y la formación de una familia, cada emoción ofrece una disposición definida para poder actuar en situaciones que se repiten; el valor de la supervivencia emocional queda grabado en los nervios como una tendencia innata y automática como el miedo en situaciones donde el individuo siente o cree que están en peligro, esto queda permanentemente en el sistema nervioso, (Goleman, 2018).

Las nuevas relaciones que fueron formando los seres humanos avanzaron a un ritmo rápido ante una evolución que iba despacio; las sociedades se tuvieron que imponer con normas y reglas debido al exceso emocional, aun así, las emociones siempre están presentes en cualquier acontecimiento de la vida, (Goleman, 2018).

Según estudios de Ekman y Friesen de 1972, señalan que el hombre es capaz de distinguir seis emociones básicas a través de las expresiones faciales: Felicidad, tristeza, ira, sorpresa, disgusto y temor. Esta capacidad para interpretar correctamente las emociones en los rostros de los demás es un elemento fundamental para formar relaciones entre los seres humanos, (Llera, 2009).

Cambios como la agricultura y las sociedades establecidas; estas provocaron mejoras en la vida del hombre generando una adaptación al medio ambiente y cambios en la respuesta emocional. La mente racional y la mente emocional están conectadas una a la otra, la racional tiene la capacidad de analizar y reflexionar, mientras que la emocional es la que expresa la impulsividad y cuando una de estas mentes se vuelve dominante la otra se vuelve débil, esto lo explica

Erasmus de Rotterdam. El crecimiento del cerebro es debido a la comprensión de que las emociones dominaron a la razón, creciendo de abajo hacia arriba y sus centros más elevados se desarrollaron en las partes más íntimas e antiguas; en cada embrión humano se vuelve a reconstruir este proceso evolutivo, (Goleman, 2018).

El tronco cerebral su función es poder controlar las reacciones y hacer que el organismo actué para asegurar la supervivencia del hombre. Del tronco cerebral surgieron las áreas emocionales, significa que el cerebro racional surgió del cerebro emocional, la raíz primitiva de la vida emocional del hombre es el sentido del olfato convirtiéndose en el sentido de supervivencia empezando a evolucionar los centros de la emoción, rodeando la parte superior del tronco cerebral, el centro olfativo estuvo compuesto por delgadas capas de neuronas para analizar el olor con el propósito de oler y separar por categorías: comestible, toxico, sexual, enemigo o alimento. El sistema límbico añade emociones como la furia, amor o temor ante situaciones donde se mejore la memoria y la capacidad de aprendizaje, generando con esto un mayor intelecto (Goleman, 2018).

El sistema límbico y el sentido del olfato juntos pueden discriminar sobre lo bueno y lo malo; la neocorteza es el asiento del pensamiento logrando la percepción de los sentidos, tener sentimientos hacia ideas, arte, símbolos e imaginación esto dio inicio a la creación de ventajas en la capacidad de un organismo para sobrevivir en mayor grado a la adversidad para trazar estrategias, planificar, desarrollar astucia mental, por eso la civilización, las artes y la cultura son el fruto de la neocorteza, (Goleman, 2018).

La neocorteza aumenta la capacidad de tener variabilidad en reacciones emocionales ante situaciones significativas como es el poder proteger, amar, odiar y sobrevivir, al hacer proceso se traspasa a la próxima generación de hombres. Los estallidos emocionales son cuando el ser humano es dominado por emociones como la ira o el temor para ejecutar una acción generando una rabia desatada, cuando el centro del cerebro límbico declara una emergencia, experimenta una sensación de no saber qué fue lo que ocurrió en aquel instante. Un ataque nervioso es originado por la amígdala, se produce momentos donde las emociones estallan de manera perturbadora o agradable. El hipocampo y la amígdala son parte clave en el cerebro debido a que se le dio origen a la corteza y luego a la neocorteza, se ocupan en el proceso del aprendizaje; la amígdala por su parte queda separada del cerebro, al perder a la amígdala la emoción está ausente en su totalidad, (Goleman, 2018).

La amígdala actúa como un depósito de la memoria emocional, las pasiones y el afecto dependen de la amígdala se extirpa se pierde el miedo, la furia, la urgencia por competir o cooperar y ya no hay esa noción de sentimiento de pertenencia en la sociedad. En la memoria emocional, el hipocampo es la estructura del sistema límbico en poder registrar y darles sentido a las pautas de percepción que las reacciones emocionales, su objetivo es proporcionar una memoria adecuada del contexto que es vital para el significado emocional, recuerda cada dato simple mientras que el trabajo de la amígdala es retener el clima emocional que acompaña estos datos (Goleman, 2018).

Dentro de la amígdala se encuentran señales que activan unas neuronas para indicar las regiones del cerebro que refuerzan la memoria para registrar lo que ocurre en determinado momento en la vida del hombre, por ello el cerebro contiene dos sistemas de memoria, uno es para datos corrientes y el otro para datos con carga emocional. La amígdala analiza y compara las experiencias y recuerdos que transcurren a lo largo de la vida, no es exacto ya que el problema radica en el conjunto de recuerdos con la carga emocional donde se presenta una respuesta anticuada para el tiempo en el que vive la persona. La impresión del cerebro emocional aumenta por recuerdos de los primeros años (Goleman, 2018).

En los primeros años de vida, la amígdala sustenta un principio básico del pensamiento que proporciona un conjunto de lecciones emocionales que se basan en la adaptación y las dificultades que implican los contactos entre un ser humano a otro, almacenando en la amígdala en situaciones donde está presente la emoción; por otra parte en los lóbulos prefrontales se encuentran detrás de la frente, la corteza prefrontal entra en acción cuando se experimenta el miedo o rabia, no obstante puede controlar el sentimiento para ocuparse de forma efectiva de la situación inmediata pero ante algo inesperado puede cambiar de respuesta, siendo la zona neocortical la que origina una respuesta más analítica y apropiada ante impulsos emocionales, (Goleman, 2018).

Las zonas prefrontales controlan las reacciones emocionales, la mayor información sensorial desde el tálamo no va directo a la amígdala sino a la neocorteza y sus centros para poder recordar y dar sentido a la información que se obtiene y se percibe, quedan en los lóbulos prefrontales y la neocorteza registra, analiza esa información para

organizar una reacción buscando una respuesta emocional, los lóbulos prefrontales dictan el trabajo en conjunto con la amígdala y los circuitos del cerebro emocional. Cuando una emoción entra en acción después de los lóbulos prefrontales se espera una situación donde haya una reacción emocional a favor o en contra, pero al no haber una actividad por parte de los lóbulos prefrontales, toda actividad emocional desaparece (Goleman, 2018).

El estado de humor es establecido por el lóbulo frontal izquierdo, es parte de un circuito nervioso que puede desconectar todos los arranques emocionales negativos, pero no puede con arranques de mayor intensidad. Por otra parte, la memoria operativa es la capacidad de atención para contemplar un problema, el responsable es la corteza prefrontal, se emiten señales con emociones intensas, pero pueden ser saboteadas creando interferencias nerviosas en donde el individuo se puede sentir emocionalmente alterado, no piensa correctamente y la perturbación emocional puede desencadenar una carencia en las capacidades intelectuales del individuo generando un deterioro en la capacidad de aprendizaje, (Goleman, 2018).

El Dr. Antonio Damasio, neurólogo de la Facultad en Medicina de la Universidad de Iowa, realizó estudios acerca de lesiones específicas del circuito zona prefrontal-amígdala para la toma de decisiones, sin embargo afirma que las decisiones erróneas se deben a la pérdida de acceso a su aprendizaje emocional siendo el circuito prefrontal-amígdala almacena los gustos y disgustos de las experiencias, al padecer una lesión se olvidan todas las experiencias emocionales y hay acceso a la amígdala; los sentimientos y las emociones son indispensables para la toma de decisiones racionales (Goleman, 2018).

El aprendizaje emocional envía mensajes que simplifican una decisión; el ser humano tiene la inteligencia emocional y la racional, el intelecto no puede operar de manera óptima sin la inteligencia emocional. Cuando la neocorteza, la amígdala y los lóbulos prefrontales interactúan positivamente, provocan un aumento en la inteligencia emocional, de igual manera con la capacidad intelectual, (Goleman, 2018).

2.1.3. TEORIAS

Muchas de las aportaciones de la psicogerontología se caracterizan por el énfasis hacia lo patológico sobre lo “normal”, prejuicio habitual de todo tipo de investigaciones al iniciar el estudio del envejecimiento. En los últimos años varios manuales de psicología del envejecimiento que recogen los frutos de investigaciones de las dos últimas décadas (Moragas, 2004).

2.1.3.1. TEORIA DE LAS INTELIGENCIAS MULTIPLES

La teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner plantea un conjunto de siete potenciales humanos, todo individuo posee; debido a la herencia, adiestramiento prematuro o posibilidad, una interacción constante entre los factores; algunas personas pueden desarrollar determinadas inteligencias en mayor grado que los demás, pero todo individuo debe desarrollar cada una de las inteligencias en cierta medida (Gardner, 2014).

2.1.3.2. TEORIA DE LA AUTO-EFICACIA

Según Bandura, las personas llegan a la depresión como consecuencia de tener en sus actitudes: Baja expectativas de eficacia respecto de un comportamiento determinado, son personas que no creen que sean capaces de ejecutar con éxito el comportamiento requerido para obtener el resultado que esperan; altas expectativas de resultado respecto a ese mismo comportamiento conduce a un determinado resultado; alta valoración de los resultados, dan una importancia excesiva a la consecución de los logros. También Davis y Yates, en una revisión de este modelo explicativo, añadieron dos factores actitudinales favorables a la depresión: Creencia de que los resultados esperados solo se pueden alcanzar mediante las acciones que se sienten incapaces de realizar y la generalización de su creencia de baja auto-eficacia a otras acciones que producen resultados que el valora en mucho (Bosqued, 2005).

2.1.3.3. MODELO TEORICO “INDEFENSION APRENDIDA”

Según el psicólogo Martin Seligman, sus investigaciones le permitieron por medio de los experimentos realizados primero en animales y posteriormente en seres humanos llegar a la conclusión de que cuando un individuo se encuentra en una situación en la que nada puede hacer para conseguir el resultado deseado o para evitar lo que no quiere que pase o le incomoda, aprende a sentirse indefenso impotente y desamparado, el individuo se da cuenta entonces que aquella circunstancia se produce sin que pueda predecirla o controlar las respuestas que va a obtener, cayendo en un estado en el que acaba por concluir: “No merece la pena que intente nada, no tengo el control, no puedo hacer nada por cambiarlo”; sin embargo un tercio de los sujetos que intervinieron en

los experimentos de laboratorio no aprendían a sentirse impotentes e intentaban volver a recuperar el control de la situación en cuanto tenían otra oportunidad; este hecho parecía que contradecía su hipótesis; por un lado los sujetos que tienen una resistencia a aprender a sentirse impotentes y en consecuencia a deprimirse; sin embargo el sentimiento de impotencia puesto que se aprende, puede también desaparecer, el sujeto vuelve a recuperar el sentimiento de control una vez que sé que ha demostrado que sus propios actos pueden hacer que las circunstancias cambien; se considera que la impotencia aprendida es una causa de depresión (Bosqued, 2005).

Seligman, Rosellini y Kozak propusieron el paradigma de la indefensión aprendida como un modelo de la depresión reactiva en humanos partiendo de la similitud de ambos fenómenos, la similitud radica en que tanto la indefensión aprendida como la depresión se suelen encontrar en el aspecto conductual una inhibición de la respuesta motora en la indefensión y un retardo psicomotor en depresión; en lo cognitivo un déficit asociativo en la indefensión y las alteraciones en el pensamiento; lo fisiológico una reducción de la ingesta en la indefensión e inapetencia en la depresión y a nivel neurológico se encuentra presente un agotamiento de las monoaminas cerebrales; al menos parcialmente estos síntomas pueden ser reducidos con medicación antidepresiva (Cifuentes, 2011).

2.1.4. INTELIGENCIA INTRAPERSONAL

Es la capacidad de distinguir un sentimiento de placer de uno de dolor y con base en ese tipo de discriminación, involucrarse en una situación o retirarse de ella, en su forma avanzada el conocimiento intrapersonal permite descubrir y simbolizar conjuntos complejos y altamente diferenciados de los sentimientos. El conocimiento del yo del individuo no solo provenía de una apreciación creciente de la forma en que los demás percibían al individuo, sino que el propósito del conocimiento de sí mismo era menor para promover la agencia personal propia y más para asegurar el funcionamiento de una comunidad más amplia (Gardner, 2014).

2.1.5. INTELIGENCIA INTERPERSONAL

Es la capacidad medular que posee el individuo para la habilidad para notar y establecer distinciones entre otros individuos, en particular entre sus estados de ánimo, temperamento, motivaciones e intenciones, es decir, que el ser humano puede discriminar entre los individuos a su alrededor para descubrir los distintos estados de ánimo y en su forma avanzada el conocimiento interpersonal permite al adulto hábil leer las intenciones y deseos aunque sean escondidos de otros individuos y potencialmente de actuar con base en este conocimiento (Gardner, 2014).

2.1.6. MEDICIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

La primera medición de la inteligencia emocional se realizó en 1990, con la escala "El Initially Was Measured as an Ability" donde los sujetos observan colores, rostros y diseños, al final se les pregunta sobre cuanta es la felicidad, tristeza o ira que percibían en cada uno de los estímulos emocionales (Botín, 2010).

2.1.6.1. MODELO DE LAS CUATRO RAMAS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Es un modelo creado por el profesor John Mayer en conjunto con Peter Salovey, en los años 90's debido a que modelos tradicionales que hablan de la inteligencia verbal y perceptiva-organizativa, no bastaban para cubrir el conjunto de las destrezas humanas (Botín, 2010).

El modelo de habilidad de Mayer y Salovey se centra de forma exclusiva en el procesamiento emocional de la información y en el estudio de las capacidades relacionadas con dicho procesamiento; implica cuatro ramas:

1. Percepción emocional.
2. Facilitación emocional.
3. Comprensión emocional.
4. Manejo emocional.

Estas habilidades están enlazadas de una forma adecuada para la regulación emocional, es necesaria una buena comprensión y a su vez, para una comprensión eficaz se requiere de una apropiada percepción emocional, no obstante, no siempre se cumple esta regla debido a que las personas con una gran capacidad de percepción emocional pueden carecer en ocasiones de comprensión y manejo emocional (Fernández-Berrocal).

2.1.6.1.1. PERCEPCIÓN EMOCIONAL

Es la capacidad de percibir las emociones en uno mismo y en los demás, así como en los objetos, el arte, las narraciones, la música y otros estímulos (Mayer, 2016).

Los sentimientos son un sistema de alarma que informa sobre cómo se encuentra la persona, que le gusta o no le gusta en el ambiente con la finalidad de realizar cambios en su vida. Una percepción adecuada implica leer los sentimientos y emociones, etiquetarlos y vivenciarlos; con el dominio adecuado para reconocer como se siente el individuo y así mismo establecer la base para aprender a controlar, moderar las reacciones y no dejarse llevar por los impulsos (Fernández-Berrocal).

2.1.6.1.2. FACILITACIÓN EMOCIONAL

La capacidad para generar, utilizar y sentir las emociones de la forma necesaria para comunicar los sentimientos o utilizarlos en otros procesos cognitivos (Mayer, 2016).

La razón y la pasión son aspectos opuestos en la vida del ser humano, durante mucho tiempo se puso en duda su carácter interactivo y de ayuda recíproca. Las emociones y pensamientos se encuentran fusionados sólidamente y con un uso adecuado de las emociones al servicio del pensamiento, ayuda a razonar de forma más coherente y tomar decisiones adecuadamente; al dominar las emociones y hacerlas participes del pensamiento favorece una adaptación apropiada al medio ambiente, consiguiendo guiar la atención a los problemas importantes, facilita el recuerdo de eventos emotivos, permite la formación de juicios acorde a cómo se siente el individuo y en función los sentimientos se toman perspectivas diferentes ante un mismo problema (Fernández-Berrocal).

2.1.6.1.3. COMPRESIÓN EMOCIONAL

La capacidad para comprender la información emocional, como se combinan las emociones y cómo evolucionan a lo largo de las transiciones interpersonales y apreciar los significados emocionales (Mayer, 2016).

Para poder comprender las emociones de los demás, se necesita empezar por aprender a comprender las emociones propias, cuales son las necesidades y deseos, cosas, situaciones o causas que determinan ciertos sentimientos en el ser humano, pensamientos que generan tales emociones, la forma en cómo afectan y las consecuencias y reacciones que desencadenan, es decir, al identificar y reconocer las emociones propias ayuda a poseer facilidades para comprender al prójimo; al aplicar la empatía ayuda a situar a la persona en la posición de otro individuo, ser consciente de los sentimientos y emociones, causas y sus implicaciones personales del prójimo. En los casos de las personas que nunca sintieron el sentimiento expresado por el prójimo, le resulta difícil comprender las emociones y sentimientos de los demás (Fernández-Berrocal).

2.1.6.1.4. MANEJO EMOCIONAL

La capacidad de abrirse a los sentimientos y de modularlos en uno mismo y en los demás, así como de promover la comprensión personal y el crecimiento (Mayer, 2016).

Siendo una de las habilidades más complicadas por dominar, se considera como una capacidad para evitar las respuestas emocionales descontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo; consiste en percibir, sentir y vivenciar el estado afectivo, sin ser abrumado o avasallado por él, de forma que no altere la forma de razonar, es decir, que se debe decidir la manera prudente y consciente de cómo hacer uso de la información de acuerdo a las normas sociales y culturales, para lograr alcanzar un pensamiento claro y eficaz, no basado en arrebatos y la irracionalidad. Del mismo modo, una regulación efectiva contempla la capacidad para tolerar la frustración y sentir tranquilidad, relajación ante meta que se plantean como lejanas o inalcanzables, tampoco se puede para por alto la importancia de la destreza a la hora de poner en práctica la capacidad para la automotivación (Fernández-Berrocal).

2.2. VEJEZ

Es una etapa del desarrollo humano que inicia a los 60 años y termina cuando la persona fallece; se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento, sin embargo, en América Latina hay acuerdos con relación a la perspectiva del adulto mayor, las concepciones de este varían de acuerdo con la cultura de cada país, el momento histórico, la clase socioeconómica o la raza. De esta manera los cambios a nivel biológico en la adultez mayor son identificados como fracasos normativos de adaptación que finalmente produce un declive en el organismo (Orbegozo, 2010).

Con el paso del tiempo el cuerpo cambia, reduciendo la rapidez y eficacia del sistema nervioso central, el cual genera en las células nerviosas alteraciones químicas dando como resultado una privación de oxígeno y muerte a algunas de ellas, ya no se vuelven a regenerar; varía según la herencia y medio ambiente del individuo, sin embargo las circunstancias varían según va envejeciendo la persona, en países como Estados Unidos están orientados hacia la juventud, los ancianos se sienten inútiles e indeseados (Davidoff, 1984).

La persona cuando llega a envejecer sufre un aumento de la vivencia de la pérdida, entendiendo la pérdida como una vivencia por la cual se siente que ya no se posee algo a nivel real y subjetivo que es significativo para la persona. El superar una pérdida es vital para la persona que envejece esto disminuye la probabilidad de que se produzca repetidas crisis de identidad o que se atenué las repercusiones mismas en la vida de la persona adulta mayor, sin embargo en la tercera edad no suele esperarse que el individuo sufra de grandes pérdidas y cuando ocurren la tendencia general es que se resuelva adaptándose debido a que la red social es amplia y numerosa, incluso puede ser mayor con el tiempo libre empleando diversas actividades; al llegar a la cuarta edad las pérdidas son mayores desencadenando el recuerdo de las pérdidas que no han sido elaboradas, unidas a la red social empieza a disminuir y el pensar a asistir a entierros puede desencadenar la anticipación de la propia muerte de la persona (Flores, 2006).

La persona empieza a cuestionarse acerca de su identidad en la medida en que no encuentra respuesta satisfactoria que pueda disminuir su angustia generadas aquellas ideas que se tienen de la vejez (Flores, 2006).

2.2.1. CONCEPTO

La vejez es la cualidad de ser viejo, las personas que han vivido más tiempo que otras; además se les llama viejos ya que significa haber envejecido, sin embargo, la definición de la vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se hace referencia (Dulcey-Ruiz, 2002).

Es una construcción social que cambia con base en la historia y circunstancias de las sociedades, sus valores y aspiraciones como colectivo, así mismo la vejez es entendida como una etapa de la vida, posterior a la adolescencia y adultez; previa al fallecer (Montes de Oca-Zavala, 2010).

2.2.2. ETAPA DE DESARROLLO DE LA VEJEZ

En la mayoría de las culturas se comprende que la vida humana consiste en una serie de etapas sucesivas entre el nacimiento y la muerte, en cada una de las etapas comienza en un momento muy preciso del cual el ser humano se mantiene estable por cierto número de años, no obstante, la biología moderna considera que el organismo está en continuo proceso de construcción, destrucción, reparación y transformación de estructuras y funciones (renovación de glóbulos rojos, uñas, dientes, sodio, calcio, aprende y olvida), desde el huevo fecundado hasta el cadáver del anciano, jamás se alcanza una etapa en la que el cuerpo y el aparato psíquico se mantengan constantes, es decir que un ser humano comienza a envejecer desde su nacimiento, es afectado por los hábitos de vida, alimentación, nivel económico, educación y organización social; la calidad de vida en función de la edad ha ido variando a lo largo de la historia: En la edad de piedra un viejo podría tener 25 años, en cambio hoy en día las personas de 80 años podría correr maratones (Aréchiga, 1999).

Por otra parte, las células del organismo con excepción de algunas células sexuales y las células blancas del sistema inmune; tienen la misma dotación de genes, sin embargo, la duración de la vida de una célula depende de un programa, es una capacidad de reproducir y durar al servicio del organismo (Aréchiga, 1999).

La vejez se caracteriza por trastornos en la función de los órganos y padecimiento como la demencia y el cáncer pero dado a la unidad funcional de los órganos y los tejidos de las células, muchas de estas enfermedades y disfunciones se deben a la pérdida de la función celular, debido a ello en la vejez existen problemas cognitivos debido a la muerte neuronal, adelgazamiento de la piel, agrisamiento del cabello por un descenso de producción de melanina celular y tumores por que las células se proliferan descontroladamente esto quiere decir que las células de un anciano pierden vitalidad, fenómeno que está asociado a una disminución en su capacidad metabólica y a un descontrol de sus funciones fundamentales como son la proliferación y sobrevivencia (Aréchiga, 1999).

La mayoría de los individuos sufren al envejecer disminución de todos los sistemas sensoriales, aunque el grado de deterioro varía según las personas. Los cambios en el sistema visual incluyen la disminución del tamaño de la pupila, respuestas pupilares más lentas a los cambios de iluminación, pigmentación y espesamiento de las lentes y disminución de la capacidad de rapidez y acomodación, estos cambios dan como resultado la disminución de la agudeza visual, aumento de la susceptibilidad a mirar fijamente, incremento del tiempo en adaptación a la oscuridad, reducción de la sensibilidad al color, peor percepción de la profundidad y aumento de la necesidad de iluminación (Caballo, 2002).

Empieza alrededor de los 25 años, la disminución del tono disminuye progresivamente hasta aproximadamente los 55 años; pérdidas más extremas ocurren en las frecuencias más altas después de esa edad, es decir, que uno de cada tres adultos mayores de 60 años sufren de un deterioro en el sentido del oído (Caballo, 2002).

La sensibilidad olfativa (Caballo, 2002) disminuye con la edad, afecta a las preferencias y placeres del gusto, aumentando el riesgo de sufrir un daño por parte del individuo a causa de la reducción de la capacidad para detectar señales olfativas de peligro.

La sensibilidad del sentido del gusto también disminuye con la edad, se reduce la sensibilidad a los sabores salados, dulces, ácidos y amargos, es decir, que conforme el individuo envejece varía también en función de los sabores de los alimentos especiales; esta variabilidad de la sensibilidad puede tener como resultado una disminución del placer del gusto (Caballo, 2002).

Las sensaciones somestésicas no escapan tampoco del proceso de envejecimiento, aunque los efectos son menos abruptos que las demás modalidades sensoriales; estas sensaciones incluyen información sobre el tacto, la presión, el dolor y la temperatura ambiental. La sensación del tacto en las áreas lisas sin vello en la piel se deteriora con el envejecimiento, también se ven afectadas las sensaciones del movimiento y la orientación corporal. La sensibilidad al calor y al frío también disminuyen con la edad, pueden generar daños debido a las temperaturas muy altas y bajas; por otra parte, las evidencias con respecto a los cambios en el umbral del dolor en los ancianos, es difícil separar los cambios en la sensibilidad total al dolor de los cambios en los umbrales para detectar el dolor (Caballo, 2002).

2.2.2.1. VEJEZ SANA

El envejecimiento normal es aquel en el que no existen síntomas de enfermedad psíquica; es tener un equilibrio en relación con el medio ambiente (Moragas, 2004).

Las personas son completamente capaces de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les diagnostica ninguna enfermedad crónica; se perciben en buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física (González, 2007).

2.2.2.2. VEJEZ ENFERMA

La vejez no es una enfermedad, pero la probabilidad de enfermar durante esta etapa y que la enfermedad origine consecuencias negativas en el organismo es mucho mayor que en otras etapas de la vida; es decir que se refleja la diferencia entre la enfermedad crónica y aguda, donde se entiende que la enfermedad aguda es de corta duración y cuyo desenlace se puede prevenir y en cambio la enfermedad crónica es de larga duración y lleva asociada una limitación residual. La incidencia de la enfermedad aguda es menor en los ancianos, sin embargo, cuando tienen una enfermedad aguda tardan en recuperarse y las consecuencias son mayormente graves que en otras edades (Moragas, 2004).

Las personas presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas, además los factores de riesgo en el estado de salud afectan a varias dimensiones, los hábitos y

comportamientos; se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceras personas (González, 2007).

2.2.3. DESARROLLO COGNITIVO

El ser humano puede ser entendido como un procesador activo de información; debe atender y percibir esa información, procesarla y retenerla. En realidad, cualquier comportamiento humano está dependiendo tanto de los estímulos y circunstancia externa como de esas funciones psicológicas aprendidas a su vez a lo largo del proceso de aprendizaje, por otra parte teniendo en cuenta la recepción de información que depende de los sentidos y que el procesamiento de información tiene como soporte el Sistema Nervioso Central en una primera conclusión es que durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo, es decir, el adulto mayor tarda más en responder a la información que recibe en comparación con una persona joven, sobre todo cuando las tareas que requieren una demanda con mayor atención, además las funciones cognitivas se expresan en una estructura psicológica, es la inteligencia; puede ser entendida como la capacidad de adaptación al medio o como el conjunto de competencias que permiten resolver problemas, siendo también un producto interactivo entre los factores biológicos y ambientales (Fernández-Ballesteros, 2004).

A partir de los 60 años, se empieza a experimentar de cierto deterioro cognitivo. En el estudio longitudinal de Seattle, de Schaie, la persona mayor promedio mostró importantes declives en las cinco capacidades mentales principales (comprensión verbal, capacidad espacial, razonamiento inductivo, capacidad numérica y fluidez verbal), con declives especialmente acusados en las capacidades subyacentes

de velocidad de procesamiento y de capacidad numérica, sin embargo la distinta capacidad intelectual de las personas es evidente tanto en la infancia como en la edad adulta, se acentúa en la vejez. Algunos individuos alcanzan medidas máximas de productividad creativa, mientras muchos otros padecen mantenerlas al mismo nivel que antes, algunos casos acaban sumidos en una confusión que les hace parecer ausentes, además cada capacidad cognitiva en particular tiende a mostrar un grado distinto de deterioro en función de la edad, se debe a que el envejecimiento afecta de distinto modo a las diferentes partes del cerebro (Berger, 2001).

Fisiológicamente, el tamaño del cerebro es bastante más pequeño en la vejez que en la juventud, pierde un mínimo de 5% de su peso y del 10% de su volumen total desde el inicio hasta el final de la madurez. Gran parte de esta disminución se debe al hecho de que las neuronas, que no se producen en sí mismas, van muriendo a lo largo de la vida y la proporción de las que mueren va aumentando a partir de los 60 años, (Berger, 2001).

En la actualidad, la psicología cognitiva concibe la cognición y la emoción como inseparables, sin embargo, puede ser alterada la cognición por las emociones y las emociones priorizar el sistema cognitivo para atender y focalizarse en lo mejor para el individuo en un estado emocional particular (Ramírez, 2014).

2.2.4. DESARROLLO EMOCIONAL

El desarrollo emocional hace referencia a los cambios que se producen en la expresión de las emociones, tanto la forma como el grado en que se manifiestan a través de los años, la comprensión como la conciencia sobre las mismas, la expresión y el control se encuentran íntimamente vinculados con el desarrollo cognitivo y social de la persona (Llera., 2009).

2.2.5. DESARROLLO PSICOSOCIAL

Para el adulto mayor es importante las relaciones sociales. La calidad de las amistades en la senectud resulta sumamente importante el hecho de tener al menos un amigo muy íntimo o un confidente amortigua la pérdida de papeles y estatus que la acompañan como la jubilación o la muerte de un ser querido, además del aumento de la felicidad y la autoestima. Los patrones de amistad entre los adultos mayores tienden a reflejar los de la adultez temprana, es decir, las mujeres mayores tienen más amistades íntimas que los hombres mayores, estas diferencias reflejan por qué están en mejores condiciones de soportar el estrés en la vida (Kail, 2006).

Los adultos mayores en términos generales, poseen menos relaciones y entablan menos relaciones nuevas que los jóvenes; la reducción de las relaciones sociales es un proceso complejo llamado selectividad socioemocional para escoger a las amistades, con una evidente preferencia por los conocidos, con el tiempo empieza a perderse los integrantes de la red de amistades, casi siempre es por fallecimiento (Kail, 2006).

2.2.6. MODELO SISTEMICO EN LA VEJEZ

El modelo se guía por algunos principios de la Teoría General de los Sistemas, desarrollada por Bertalanffy en el siglo XX, a finales de la década de los años treinta. Bertalanffy definió a un sistema como una serie de elementos interrelacionados con un objetivo común, que se afectan unos a otros, y la característica que los une es la composición que tienen, es decir, la totalidad, la cual no solo es la suma de las partes, sino que también es la relación entre ellas, además cada elemento tiene una función e interacción entre ellos; existen diferentes niveles de complejidad de elementos del sistema (jerarquías diferenciadas) y los elementos que necesitan uno al otro para poder funcionar (Trujano, 2010).

En general, es un tratamiento que consiste cerca de diez sesiones con intervalos de un mes o más; esta práctica se adoptó para acomodar a las familias que vivían lejos pero después se consideró favorable para la terapia de familia enfatizando en los miembros psicóticos, sin embargo, cada familia tiene su periodo para procesar un complejo juego de información y cuando más abundante es el sistema, mayor tiempo es necesario para que el proceso llegue a su fin. La asociación de Milán llamo a ese tratamiento “Larga y breve terapia”, debido a que el número de horas que se le proporciona a la familia es pequeño pero el periodo necesario para reorganización familiar puede ser muy largo; cada sesión se filma un videotape y se toman notas de cada una (Hoffman, 2012).

2.2.6.1. VEJEZ Y FAMILIA.

La familia es una institución social básica, en la cual se originan las primeras manifestaciones de la sociabilidad humana, se desarrolla la personalidad y la calidad de las relaciones, así mismo existen dos tipos de familia: La familia por procreación la cual es formada por dos personas de distinto sexo y sangre, unidas por matrimonio generando una descendencia en común; en este tipo de familia los ancianos llegan a ser abuelos de la familia de procreación originada por medio del matrimonio, por otra parte el otro tipo de familia es de orientación en la cual el individuo nace en ella, cuando los hijos se casan y forman su propia familia de procreación; casi toda la experiencia familiar se debe a la familia de orientación en la cual se tiene a los ancianos como la generación más longeva. La familia satisface una variedad de necesidades de la persona que envejece, para sus componentes: Físicas (Alimentación, vivienda, cuidado en la enfermedad), psíquicas (Autoestima, afecto, amor, equilibrio psíquico) y sociales (Identificación, relación, comunicación, pertenencia de grupo). La satisfacción de estas necesidades ha variado profundamente en las últimas décadas con el tránsito de una sociedad agraria a una sociedad urbana industrializada; muchas de estas necesidades las cubren organizaciones ajenas a la familia (Moragas, 2004).

2.2.6.2. AFECTIVIDAD Y VEJEZ.

El ser humano es un organismo emocional en el que la inteligencia se entremezcla con el sentimiento y la pasión en el comportamiento racional; los sentimientos y las emociones conforman la afectividad como un importante ámbito psicológico. La vejez conlleva una serie de situaciones conflictivas como son la jubilación, pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos; el conjunto de polipatologías, en ocasiones discapacidad y dependencia desde luego, mayor proximidad a la muerte y todo ello junto con otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente; todos esos eventos producen en los individuos reacciones afectivas negativas como son la depresión, soledad, malestar y sufrimiento; es decir que las personas de la tercera edad tienen una alta probabilidad de experimentar una afectividad displacentera (Fernández-Ballesteros, 2004).

El duelo es el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por la pérdida de una persona que es cercana; dependiendo de la intensidad de la relación se experimenta desde un sentimiento de tristeza hasta una desolación completa que puede persistir por años o volverse crónica; en este caso el duelo no se ha elaborado adaptativamente y va adquiriendo matices patológicos, ante lo cuales es preciso recurrir a la ayuda de profesionales con experiencia en su abordaje en personas mayores (Flores, 2006).

En los adultos mayores institucionalizados se desarrollan carencias de tipo afectivo por déficit de interacción social, pérdida de contacto social y problema de movilización bastante acentuado en los adultos mayores institucionalizados. Los ancianos se retiran

de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y una reducción del compromiso con las normas y valores; la ruptura en la respecta a las relaciones sociales está determinada por la conjunción de una serie de factores como son el alejamiento de las conexiones personales establecidas en el trabajo con la pérdida del rol laboral, carencia afectiva percibida con los hijos, y escasez en lo que refiere a los enlaces con parientes y amigos que se van dejando por el camino como consecuencia de la distancia o la muerte (Sepúlvera, 2010).

2.2.6.3. INSTITUCIONALIZACIÓN Y VEJEZ

El proceso de envejecimiento trae consigo un deterioro normal de las funciones orgánicas y por tanto de la funcionalidad física como psicológica y social. Es evidente que la calidad de vida de las personas tiende a ser menor conforme envejecen, este aspecto es tan importante en la vida de las personas, depende en gran medida de la capacidad que tengan para llevar a cabo sus actividades básicas y cotidianas de la vida diaria las cuales proporcionan al individuo independencia física y funcional (Rodríguez, 2015).

El adulto mayor deja el ambiente familiar para internarse en una institución en la cual el entorno es regulado, formalizado e impersonal, sin embargo, la reducción del tamaño de la familia, la falta de recursos y soluciones comunitarias generan el aumento de la internación geriátrica; el anciano deja el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución donde no puede tomar decisiones sobre asuntos cotidianos y llevar a cabo tareas de todos los días, produciéndose el llamado “estrés por reubicación”, ya que el ingreso a una residencia implica desarraigo y sobreesfuerzo de adaptación (Sepúlvera, 2010).

Un aspecto fundamental del traslado del adulto mayor a instituciones es el cambio que se produce en la percepción del control sobre los sucesos de la vida cotidiana (Sepúlvera, 2010).

La población mundial está envejeciendo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentara casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Este incremento tiene una relación directa con el número de ancianos que no podrán valerse por sí mismos. Gran parte de la población adulta mayor, necesita alguna forma de asistencia a largo plazo, ya sea en casa, asilo o en estadías prolongadas en hospitales debido a enfermedades degenerativas, deterioro físico, fragilidad, entre otros que dificulten el desarrollo de actividades de la vida diaria de manera independiente. En México existen 819 asilos y otras residencias para el cuidado del anciano, 85% son del sector privado y 15% del sector público, de acuerdo con el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) del INEGI (Consumidor, 2018).

Se puede observar que la institucionalización para el cuidado de las personas mayores ha ido en aumento, esto se visualiza desde las dificultades económicas en las familias, impidiendo dedicarse al cuidado o contratar servicio para ello, así como la presencia del abandono. La institucionalización se convierte en una opción debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundación, esto ocasiona que el número de personas crezca considerablemente (Guevara-Peña, 2016).

2.2.6.3.1. ABANDONO EN LA VEJEZ

En México 16% de los adultos mayores sufren rasgos de abandono; el aislamiento de los ancianos es cada vez más patente en una sociedad sumida en una creciente competitividad y caracterizada por los procesos de deshumanización en muchos sentidos, muchas personas de la tercera edad son olvidadas por sus familiares, la investigadora del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades explico que para el 2025, habrán 14 millones de adultos mayores en esas condiciones (Romero, 2017).

Por otra parte se ha observado que aproximadamente el 20% de la población experimenta la soledad y el abandono social, en un entorno de estrés y violencia, lo que ocasiona importantes cambios sociales y culturales que vinieron a neutralizar los valores tradicionales que protegían a la familia y en especial al adulto mayor, sin embargo los profesionales de la salud deberían analizar los factores condicionantes que puedan provocar el abandono en el adulto mayor tales como las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales provocan desgaste en el cuidador o de toda la familia generando el abandono del anciano (Ruiz, 2009).

En la vejez frecuentemente existe un grado de discapacidad principalmente en el área motora, siendo una situación que genera dificultades para que se realice el apoyo familiar; otro factor es el pertenecer al género femenino o la presencia de depresión siendo este el motivo más importante; ya que la depresión grave unida al abandono puede provocar el suicidio del adulto mayor (Ruiz, 2009).

La Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores creada en 1997 dice: “Adulto mayor en estado de abandono, aquel que presenta cualquiera de las características siguientes: carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o mental, carencia de recursos económicos”. De lo anterior se puede entender como abandono la falta de acción para atender las necesidades de un adulto mayor. La International Network for the prevention of Elder Abuse dice que dentro de las principales necesidades se encuentran las siguientes: No prever de alimentos, ropa limpia, lugar seguro, atención médica e higiene personal; privar a la persona de contacto social; no impedir los daños físicos o no prestar la supervisión adecuada. De acuerdo con lo anteriormente mencionado, el tipo de abandono que sufre el adulto mayor es la falta de atención y cuidado por parte de los familiares, el cual afecta directamente los aspectos psicológicos y emocionales (Reyes, 2016).

Los adultos mayores suelen deprimirse; presentan falta de apetito y en los casos graves suelen mostrar el deseo de no querer vivir. Por las exigencias que impone la sociedad, el individuo lleva a que el adulto mayor se margine. El abandono puede ocurrir en varios lugares o situaciones: Hogar de ancianos, hospitales, en el propio hogar o en la calle (Reyes, 2016).

2.2.7. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL Y VEJEZ

Los terapeutas de conducta que trabajan con grupos de personas comprenden que los cambios en la fisiología y en la conducta de los adultos son inevitables conforme envejecen. En consecuencia, existen muchos factores asociados al envejecimiento que complican al menos la evaluación y a veces también el tratamiento de los ancianos. La depresión es un problema humano tan frecuente en varias culturas que se le denomina como un “resfriado” de los trastornos emocionales. El enfoque cognitivo-conductual de tratamiento, se basa en los modelos más recientes de las teorías conductuales de la depresión e incluye elementos descritos para el aumento de las actividades agradables, para la disminución de acontecimientos desagradables y para el entrenamiento de habilidades sociales e interpersonales, en combinación con la terapia cognitiva de Beck (Caballo, 2002).

La terapia de Beck se desarrolló en forma específica en respuesta a la necesidad de tratamiento de la depresión, no obstante la eficacia de la terapia cognitiva ha sido estudiada en sus aplicaciones a la depresión; independientemente de las variaciones en la manifestación de los síntomas y en el curso de la depresión, el enfoque cognitivo sobre la conceptualización y tratamiento de la depresión empieza con la observación de los procesos, estructuras y los productos cognitivos comunes que parecen mediar y moderar los casos de depresión (Caballo, 2002).

Las funciones cognitivas son todas las actividades mentales que realiza el ser humano al relacionarse con el medio ambiente que le rodea, desde esta perspectiva representa una esencia de la adaptación personal del individuo y de todo el proceso social debido a

la capacidad que tiene el ser humano de desarrollar estrategias, planificar el futuro y evaluar sus consecuencias (Madrigal, 2007).

A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas empiezan a experimentar una serie de cambios, puede traducirse con la presencia de déficits cognitivos, que interfiere en la realización de actividades complejas, sin embargo, el deterioro cognitivo es toda alteración de las capacidades mentales superiores como son la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración y atención; es un tema que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados. Las personas mayores tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado cognitivo, y este riesgo va en aumento cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes (Madrigal, 2007).

El adulto mayor con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse con la estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida y disminución del riesgo de que el deterioro empeore; así mismo los procesos cognitivos en la senectud se caracterizan por su plasticidad neuronal, ya que se ha comprobado que existe una capacidad de reserva en el organismo humano que puede ser activado durante la vejez para compensar o prevenir el declive, es decir que en las edades avanzadas la cognición es entrenable y potenciable, este hecho abre una nueva vía de intervención ya que significa que es posible rehabilitar y prevenir el deterioro cognitivo (Madrigal, 2007).

El envejecimiento cognitivo no es un fenómeno homogéneo, dado que el comienzo de los posibles decrementos, la amplitud de los mismos y sus manifestaciones son muy diversas, el envejecimiento intelectual de cada individuo es diferente independientemente de que los decrementos se puedan producir en todos los sujetos (Madrigal, 2007).

2.2.7.1. PENSAMIENTOS

El ser humano tiene la capacidad distintiva de pensar sobre sí mismo y cuando se encuentra ante situaciones nuevas, difíciles o problemáticas; piensa en relación con los símbolos o ideas de las cosas. El pensamiento ocurre siempre que el individuo se enfrenta a una situación o tarea y pretende lograr un objetivo, aunque exista incertidumbre sobre el modo en cómo hacerlo, planeando una serie de posibles soluciones (García, 2002).

El pensamiento es un proceso activo que procesa la información y el conocimiento; además las funciones del pensamiento son plantear cuestiones, asumir decisiones, mejorar el juicio y ser creativo. El pensamiento implica la reorganización e interpretación de los contenidos mentales, por ello, el conocimiento almacenado en la memoria a largo plazo desempeña un papel crucial (García, 2002).

El modelo del pensamiento (García, 2002) propuesto por el psicólogo Juan Mayor hace interdependientes sus cuatro elementos importantes:

1. La actividad de la persona depende de sus condicionamientos biológicos y socioculturales e integra el estado actual de la persona y su experiencia pasada.

2. Los principios y sistemas de reglas incluyen los esquemas cognitivos y reglas lógicas que ya posee el sujeto o que puede aprenderlos.
3. En el contexto y la situación problemática influyen los esquemas, no solo el contexto fisicoambiental y sociohistórico, sino también el contexto específico del problema o la tarea.
4. El resultado de la actividad es múltiple y heterogéneo y se puede concentrar en la creación de conceptos, solución de problemas, inventos y descubrimientos.

Por otra parte, el ser humano razona de forma espontánea y natural; el razonar es una actividad propia y característica del pensamiento, está implicado en casi todas las tareas intelectuales, consta de reglas y estrategias para dirigir el pensamiento en la resolución de problemas, porque sin el razonamiento no es posible resolver problemas, sin embargo, todo razonamiento tiene una forma y un contenido, una estructura y un asunto del que tratar; también el hecho de distinguir entre el razonamiento como actividad de un sujeto y el razonamiento como un resultado de esa actividad, en esta parte trata la lógica siendo esta una ciencia que se ocupa de la forma de razonamiento que proporciona criterios para juzgar si cierto usos del pensamiento constituyen argumentos válidos, es decir, que un razonamiento es válido cuando es imposible que siendo verdaderas sus premisas sea falsa su conclusión, la validez o coherencia de un razonamiento es independiente de la verdad o falsedad de sus premisas y toque a la forma del argumento, no al contenido (García, 2002).

Por tanto, la lógica distingue dos tipos de razonamiento:

1. El razonamiento inductivo: Es el que procede desde hechos particulares a los generales, la conclusión va más allá de los presupuestos de partida (premisas) sería más o menos probable pero no hay seguridad de su veracidad.
2. El razonamiento deductivo: Permite sacar conclusiones a partir de hechos que se sabe que son verdaderos o de suposiciones; procede de lo general a lo particular y la conclusión se sigue necesariamente de las premisas, suponiendo que sean verdaderas.

La razón humana no es segura, porque al actuar en un medio social y con fines pragmáticos, tiene un uso retórico; se argumenta no para alcanzar la verdad sino para convencer al auditorio, ridiculizar, al contrario, o suscitar ciertos sentimientos en otras personas. Tanto en los razonamientos formales como informales, la gente razonable deduce conclusiones racionales, evita las premisas contradictorias y tienen cuidado con las falacias (García, 2002).

2.2.7.2. EMOCIONES

El análisis de las emociones desarrollado por Tolman, comenzó por estudiar el problema de cómo identificar la emoción; indicó que la emoción no es el comportamiento exhibido que muestra una persona, sino más bien es la inclinación o impulso para tal conducta, sugiriendo que la emoción es cierta clase de estado hipotético o predisposición para la acción y recalco que no se puede definir la emoción como solo respuestas o estímulos, sino que en términos de las relaciones entre ambos; en la emoción las reacciones del organismo están preparadas para afectar o cambiar la situación estimulante (García, 2002).

Por lo tanto, se puede definir a la emoción como un impulso hacia un tipo particular de resultado de conducta. Por otra parte, las emociones también son respuestas fisiológicas que se ponen en marcha ante determinados estímulos externos y surgen como respuesta al significado que se le otorga en determinadas situaciones (García, 2002).

Con el inicio del envejecimiento, resulta mas difícil reconocer determinadas emociones negativas como la tristeza o el miedo; el deterioro cognitivo asociado a la edad, afecta a la capacidad del sujeto para reconocer emociones, además el déficit relacionado con la edad tenía una influencia negativa en la identificación de emociones como la felicidad, sorpresa, miedo y tristeza (Pérez-Fuentes, 2014).

Por otra parte, lejos de las dificultades en el uso de las emociones en la vejez, de edad avanzada experimentan reacciones emocionales equivalentes o incluso superiores a diferencia de los jóvenes, a este fenómeno se le conoce como reactividad emocional, resulta posible utilizar la inteligencia emocional para mantener y mejorar la capacidad cognitiva en personas mayores, partiendo de un aumento en la actividad cognitiva; tanto las relaciones sociales como el bienestar emocional se benefician de la experiencia, es decir, la experiencia provee de habilidades de regulación emocional, dando prioridad a los aspectos significativos de la vida (Pérez-Fuentes, 2014).

2.2.7.3. CONDUCTAS

La conducta de un individuo surge para satisfacer necesidades y aquellos objetivos, actividades o personas que satisfacen alguna necesidad tienen valencia positiva, pero cuando una persona teme o evita algo, significa que ese algo tiene una valencia negativa. La conducta es el resultado del conjunto de necesidades fisiológicas y psicológicas que producen un estado de tensión o estado motivacional en el sujeto (García, 2002).

2.3. DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad con una evolución que se inclina a la cronicación, sustancialmente incapacitante y en ocasiones letal (Moreno, 2008). En el periodo de depresión, los enfermos comienzan a manifestarse apartados y hablan muy poco, actúan como si tuvieran vergüenza del estado anterior, en otros casos caen en humildad. Estos síntomas aumentan; se muestran totalmente solitarios e inmóviles, rechazan cuidados que se les quiere proporcionar ya que tienen la creencia de que no lo merecen (Conti, 2007).

El curso de las ideas se vuelve muy lento, sin embargo, rara vez este estado llega a la suspensión completa de la inteligencia; los sentimientos están disminuidos, el enfermo no manifiesta ni simpatía ni antipatía; se deja llevar sin reaccionar por el impulso que se da; ha perdido la espontaneidad de la acción ya que sus movimientos se vuelven lentos, nulos o casi nulos (Conti, 2007).

2.3.1. CONCEPTO

La depresión es una alteración del estado de ánimo, un trastorno afecto-cognitivo que tiñe de tono pesimista todos y cada uno de los aspectos de la vida; la persona deprimida ve el mundo de manera diferente y, en consecuencia, se comporta también de forma distinta respecto de cuando no estaba deprimida: Cambian sus actitudes y su comportamiento, (Bosqued, 2005).

“Esa terrible soledad en la que una conciencia estremecida mira por encima del borde del mundo al abismo frío, fantasmal y sin vida”.

Bertrand Russel

2.3.2. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Hasta el comienzo de los años ochenta las clasificaciones tradicionales de las depresiones reposaban sobre una mezcla de descripciones clínicas y de hipótesis etiopatogenias, variables según los autores, por otra parte se ha formalizado en las sucesivas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS), el conjunto de los signos de la depresivos mayores, sean recurrentes o no; caracterizados por un número suficiente de síntomas (presencia de cinco o más, un total de nueve) durante un periodo fijado arbitrariamente en un mínimo de dos semanas, los trastornos distímicos, que califican las manifestaciones depresivas más crónicas y atenuadas, los trastornos bipolares (Lôo, 2001).

La depresión en la senectud, se diagnostica generalmente a partir de grupos de síntomas que deben haber persistido al menos 2 semanas: sentimientos y cambios físicos; es más frecuente que los ancianos se vean apáticos e impasibles, que permanezcan en cama, descuido del aspecto personal y denigración de sí mismo; un segundo

grupo de síntomas influye las alteraciones física como la inapetencia, insomnio y disnea; en general en los adulto mayores se refleja cambios normales de la edad, sin embargo un paso importante del diagnóstico de depresión consiste en excluir otras causas posibles (otros problemas físicos, trastornos neurológicos, efectos de la medicación, estado metabólico y el abuso de sustancias que causen conductas similares a la depresión). Un criterio importante consiste en determinar si los síntomas interfieren en la vida diaria; en la depresión clínica se observa un deterioro importante de ella (Kail, 2006).

2.3.2.1. DSM-V

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM V), define a la depresión como un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos mixtos o hipomaniacos (Contreras, 2017).

2.3.2.2. CIE 10

En la Calificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), se maneja como episodio depresivo típico, como leve, moderado o grave, en el cual se describe al paciente que sufre de un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse esta reducida y es frecuente un cansancio importante tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e incluso en las formas leves a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los

síntomas somáticos como la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave (Alcocer, 2007).

2.3.3. COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS

La relación entre la ansiedad y la depresión ha sido explorada por las perspectivas de procesamiento de información como la terapia cognitiva de Beck, desde modelos cognitivos motivacionales como el modelo de indefensión desesperanza de Alloy, Mineka, Kelly y Clements y desde las perspectivas estructurales y jerárquicas como el modelo de tres factores de Barlow; en general los estudios sobre la comorbilidad señalan el inicio de la ansiedad que precede a la depresión en la mayoría de los casos y tomada como un todo, la evidencia parece apoyar la noción que existe una progresión en la cual la ansiedad frecuentemente lleva a episodios depresivos y que en general la mayoría de los episodios depresivos son precedidos por otro trastorno mental o un desajuste crónico precedente (Cifuentes, 2011).

La ansiedad como la depresión comparten una vulnerabilidad biológica generalizada (factores genéticos y neurobiológicos) y una vulnerabilidad psicológica generalizada (bajo nivel de predicción y de control percibido), que conjugadas son suficientes para producir un trastorno de ansiedad generalizada con depresión; otro factor es la vulnerabilidad psicológica específica donde el sujeto aprende que cosas son potencialmente peligrosas en particular (Cifuentes, 2011).

La diabetes mellitus tipo 2, es una enfermedad con un importante impacto en la salud mental de las personas que lo padecen debido a que expresan sentimientos de frustración y rechazo provocados por el diagnóstico de la enfermedad, malos resultados o por las limitaciones y renuncias que la diabetes acarrea; así como estrés y culpabilidad asociados con las dificultades o resistencias para cambiar, peor afrontamiento y bajo apego al tratamiento; sin embargo la depresión es una enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo, su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente; la prevalencia de la depresión en personas con diabetes es elevada 30.5 a 65%, se cree que la depresión aumenta el riesgo de desarrollar la diabetes tipo 2, por otra parte el tener ambas afectaciones implica superposición entre los síntomas de la depresión y del sufrimiento generado por la diabetes, lo cual implica riesgos importantes en el tratamiento de la depresión y el desarrollo de riesgos a la diabetes, entre ellas la enfermedad cardiovascular; la depresión también puede generar un efecto sobre el control glucémico, el autocontrol de la diabetes y la calidad de vida de la persona (Becerril, 2012).

2.3.4. ABORDAJE NEUROLOGICO

Joseph LeDoux un neurólogo del Centro para Ciencia Neurológica de la Universidad de Nueva York, descubrió el papel que tiene la amígdala en el cerebro emocional, ejerce el control sobre la neocorteza al intentar tomar una decisión, su funcionamiento con la neocorteza están en el núcleo de la inteligencia emocional, revisa cada experiencia y clasifica cual puede estar dañada o no, manda mensajes de alerta al cerebro cuando es una situación problemática y permite paso al sentimiento impulsivo generando una reacción con el objetivo de enfrentar la situación problemática (Goleman, 2018).

La obra de LeDoux es la primera investigación en descubrir vías nerviosas para los sentimientos evitando a la neocorteza, por un conjunto de neuronas producidas desde el tálamo hasta la amígdala permitiendo recibir entradas directas de los sentidos y el comienzo de una respuesta antes de ser registrada ante la neocorteza, la amígdala es un depósito de impresiones y recuerdos emocionales de lo que el individuo no es consciente de ello, (Goleman, 2018).

Por otra parte, la actividad de las neuronas cerebrales permite la transmisión de la información de un conjunto de neuronas a otro en forma de una corriente eléctrica, circula y se transmite a otra neurona por la apertura sináptica; no obstante la neurona presináptica libera unas sustancias químicas llamadas neurotransmisores, estos permiten la transmisión de información fijándose en unos receptores situados en la neurona postsináptica, la unión de esos neurotransmisores crea el influjo eléctrico en la neurona postsináptica por medio de una cascada de reacciones celulares provocando su propagación. Además, los principales neurotransmisores que parecen intervenir en los estados depresivos son la noradrenalina, serotonina y la dopamina, estas sustancias son conocidas como monoaminas ya que en su estructura química poseen una función amina (NH_2). La neurología tuvo como objetivo poner en manifiesto los sistemas neuronales que subyacen a las actividades y los comportamientos emocionales, describir y localizar en el plano morfológico; aunque la hipótesis de una perturbación de la neurotransmisión química cerebral en la enfermedad depresiva parecía ser la mejor fundamentada aunque fue discutida, se derivó de la evidencia de índices anormales de neurotransmisores descubiertos en determinados subgrupos de enfermos depresivos y la observación de actividades bioquímicas de los antidepresivos (Lôo, 2001).

En la actualidad se sabe que las perturbaciones de los neurotransmisores dependen mucho de una serie de factores independientes de la enfermedad depresiva relacionada con las condiciones de vida o tratamientos anteriores; estos neurotransmisores están dispersos por el organismo, especialmente en órganos periféricos como el intestino (Lôo, 2001).

2.3.5. FARMACOLOGIA

Los medicamentos antidepresivos aumentan, según diversos mecanismos, la cantidad de neurotransmisores en la sinapsis cerebral favoreciendo la transmisión de la corriente nerviosa entre las membranas; los antidepresivos fueron eficaces para reparar una insuficiencia de la neurotransmisión. Según la teoría monoaminérgica de la depresión sostiene que los medicamentos antidepresivos actúan aumentando la concentración de la noradrenalina y de la serotonina; sin embargo, el papel que desempeña la noradrenalina se refleja en el despertar, el esfuerzo y la regulación de la presión arterial. Por otra parte, la serotonina interviene en la regulación del sueño, apetito, agresividad y la sexualidad; si estas sustancias se perturban en la depresión, puede ir acompañada esta enfermedad de un trastorno de la iniciativa, fatiga, hipotensión arterial, dificultades en el sueño, problemas en el apetito y en la sexualidad, de igual modo en el comportamiento agresivo (Lôo, 2001).

Al tratar una enfermedad como la Depresión con medicamentos siendo efectivos tanto en la depresión leve hasta la depresión grave, se logra una mejor respuesta con los antidepresivos, debido a que son fáciles de administrar en poco tiempo y son de forma oral para el paciente. No son adictivos, son administrados por profesionales del área de la salud, difícilmente podrían ser peligrosos. (Gutiérrez, 2004).

Su propósito es estimular y tranquilizar algunos de los mecanismos cerebrales, por otra parte, los médicos pueden experimentar con una variedad de las medicinas antidepresivas para descubrir cuál de ellas sienta mejor a las necesidades del paciente; algunas pueden llegar a producir un estado somnoliento en vez de alivio, algunos fármacos antidepresivos que tienen menos efectos secundarios, pero a veces también son menos eficaces (Chave-Jones, 1990).

Tabla 1. Clasificación de los fármacos antidepresivos.

Fármacos antidepresivos disponibles en Latinoamérica				
Nombre de genérico	Dosis de inicio (mg)	Dosis diarias habituales (mg)	Presentaciones orales disponibles (mg)	Tiempo de vida (h) (incluye metabolitos activos)
Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina				
Citalopram (Seropram)	20	20-60	20	35
Fluoxetina (Prozac, Fluoxac)	20	20-60	20, liq	72 (144)
Fluvoxamina (Luvox)	50	50-300	50,100	15
Paroxetina (Paxil, Aropax)	20	20-60	20	20
Sertralina (Altruline)	50	50-200	50,100	28 (66)
Escitalopram (Lexapro)	5 a 10	10	10	30
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina				
Venlafaxina (Effexor)	37,5	75-225	37,5,50,75	5 (11)
Venlafaxina XR (Effexor)	75	75-225	75,150	5 (11)
Duloxetina (Cymbalta)	60	60	20 y 60	10 a 15
Milnacipran (Ixel)	50	50-100	50	
Inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina				
Bupropion (wellbutrin)	150	300	75,100	14
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina				
Reboxetina (Edronax)	2,4	4,8	2,4	13
Moduladores de la serotonina y la noradrenalina				
Mirtazapina (Remeron)	15	15-45	15,30	20
Tricíclicos y tetra cíclicos. Aminas tricíclicas terciarias				
Amitriptilina (Anapsique)	25-50	75-300	25,50	15,6(26,6)
Cloimipramina (Anafranil)	25	75-250	25,75	32 (69)
Doxepina (Sinequan)	25-50	75-300	25	16,8
Imipramina (Tofranil, Talpramid)	25-50	75-300	10,25,50,75	7,6 (17,1)
Aminas tricíclicas secundarias				
Desipramina (Norpramin)	25-50	75-300	50	17,1
Inhibidores de la monoaminooxidasa MAO-A reversible				
Moclobemida (Aurorex)	150	300-600	100,150	2
Otros				
Maprotilina (Ludiomil)	50	75-225	25,50,75	43
Mianserina (Tolvon)	15-30	30-90	30,60	14-17

Adaptado de Gutiérrez, 2004.

2.3.6. DEPRESIÓN Y VEJEZ

La vejez es un periodo de la vida en donde sentir tristeza, perder todo afán de emprender algo, centrarse en sí mismo y quejarse de la pérdida de las funciones intelectuales, es visto como algo fisiológico (Lôo, 2001). De todos los trastornos psíquico en los ancianos, el más frecuente es la depresión; en muchos casos resulta muy difícil establecer el tipo de depresión que presenten; es habitual que haya mayor interés por la evolución de los síntomas, sin embargo, las ideas de culpabilidad, nihilismo y ruina casi siempre acompañan con la depresión (Ceinos, 2001).

Existen diversas causas que provocan el incremento de la depresión en la tercera edad como la disminución de los neurotransmisores implicados en la respuesta emocional (noradrenalina, serotonina y dopamina) y descenso de la comunicación entre las neuronas, del mismo modo también la mayor frecuencia de situaciones depresivas o estresantes que fácilmente provocan la depresión; etapa de la vida en la que mayormente se sufre la pérdida de seres queridos como son la pareja, hermanos y amigos. Otras situaciones serian la jubilación, los cambios de residencia o el ingreso a un centro geriátrico (Larousse, 2002).

Las complicaciones de la depresión son importantes y el pronóstico más severo que en otras etapas de la vida; la conducta suicida es más frecuente y más violenta (ahorcarse, usar armas de fuego, tirarse por una ventana). El índice de mortalidad por suicidio es particularmente alto en la edad avanzada, sobre todo entre los varones; los ancianos depresivos a veces comparten esas representaciones negativas del envejecimiento, evitan pedir ayuda; cuando acuden a los servicios de salud mental por su propia iniciativa

o por los familiares o demás gente que los rodean, su enfermedad depresiva a veces se ha vuelto crónica y es más difícil de curar. En todas las culturas se encuentran estados depresivos, pero la enumeración y la descripción de los síntomas de las enfermedades depresivas se han debido, más veces a observaciones reunidas en los países occidentales. El modo de expresión de las enfermedades depresivas varia de una cultura a otra (Lôo, 2001).

2.3.7. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

La fase leve es aquella en la que el enfermo todavía esta capacitado para vivir solo, aunque bajo vigilancia; en el momento en que conviene iniciar la estimulación cognitiva (1 o 2 horas diarias) así como mantener actividades intelectuales como son la lectura, crucigrama y sociales entre otros; en la fase moderada el enfermo necesita ayuda para realizar u actividades cotidianas, no bastan las técnicas de estimulación cognitiva sino que hay que apoyar con distintos tipos de terapia (terapia ocupacional, musicoterapia, terapia de orientación de la realidad), sin embargo, la incapacidad para realizar cualquier actividad se define la etapa de deterioro grave, el paciente seguirá acudiendo a terapia ocupacional pero al mismo tiempo tendrá que adaptarse a su capacidad y las sesiones de psicomotricidad con el objeto de retrasar la encamación y sus consecuencias; la adecuada estimulación conjunta en ambos niveles posibilitará la mejor adaptación del enfermo al deterioro y la prolongación de las capacidades y habilidades; toda técnica de estimulación deberá atraer el interés del adulto mayor y constar con la colaboración del entorno familiar (Flores., 2006).

Las técnicas de orientación en la realidad persiguen estimular a los adultos mayores y a la familia para mantener durante el mayor tiempo posible la funcionalidad física, psíquica y social. Se basan en la repetición constante de estímulos, órdenes y actos, deberían ser adecuadas al estado evolutivo de cada individuo por lo que su aplicación debe ser individual o en grupos homogéneos, se utilizan diferentes protocolos que permiten adecuar las actividades a realizar según las capacidades de cada persona (Flores, 2006).

Los objetivos de intervención para los adultos mayores institucionalizados son:

Tabla 2. Intervención en adultos mayores institucionalizados.

Área	Adultos mayores institucionalizados
Fisicarecreativa	Involucrar al adulto mayor en actividad de de ocio y recreación.
	Diagnosticar las principales patologías del adulto mayor.
	Fomentar la práctica de actividad física, especialmente de ejercicios pasivos.
Psicología	Diseñar e implementar grupos de apoyo que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor
	Desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan al adulto mayor enfrentarse a problemáticas cotidianas
	Fomentar el desarrollo de una alta autoestima y auto concepto.
	Prevenir o intervenir sobre sintomatología depresiva.
	Fomentar el crecimiento espiritual.
	Promover la expresión de sentimientos hacia los compañeros de residencia.
	Desarrollar la comunicación asertiva.
	Entrenar al adulto mayor en técnicas de autocontrol emocional.
	Facilitar estrategias para la solución de problemas en los diferentes contextos en donde se desenvuelve el adulto mayor

Tomado de Orbezo, 2010.

2.3.7.1. TERAPIA OCUPACIONAL EN LA VEJEZ

La terapia ocupacional es una ciencia que alivia a los enfermos a través de la ocupación en su tiempo libre en una tarea que les sirva de entretenimiento y mejoría en la autoestima, vencer el aburrimiento, ansiedad, irritabilidad e intenta hacer que se mantenga conservada la capacidad funcional del individuo tanto como sea posible y mejorar su calidad de vida. En la elección de ejercicios se toma en cuenta las preferencias de la persona y las posibilidades de integración en los progresos de la vida diaria. La terapia ocupacional ha estado indicada para las personas que presentan una capacidad funcional mejorable, pero también es un componente especial de las atenciones que se ofrecen en hospitales y en el cuidado paliativo. Las posibilidades terapéuticas de la terapia ocupacional son la valoración del enfermo, realización de cambios en el medio ambiente, conservación de la energía, actividades grupales que le permiten socializar de mejor manera y la terapia de recuerdos (Lyonnais, 1965).

Según Kielhofner y Burke el paradigma fundador de la terapia ocupacional fue la ocupación y la perspectiva ocupacional enfocada en las personas y su salud en el contexto de la cultura y la vida diaria, así como sus actividades. Definir ocupación en la terapia ocupacional es un reto porque la palabra forma parte del lenguaje común con significados que la profesión no puede controlar; el término ocupación y los conceptos relacionados con la actividad, tarea, empleo y trabajo se utilizan de muchas maneras dentro de la terapia ocupacional. Los fundadores de la terapia ocupacional emplearon la palabra ocupación para describir una forma de utilizar correctamente el tiempo que incluía trabajo y actividades similares a él y actividades recreativas. Según la Canadian Association of

Occupational Therapists, la ocupación consiste en grupos de actividades y tareas de la vida diaria, por los individuos y una cultura; la ocupación es todo lo que hacen las personas para ocuparse de ella se incluye cuidar de su persona, disfrutar de la vida y contribuir en las relaciones sociales (Spackman, 2016).

2.3.7.2. TECNICAS DE INTERVENCION ES ESPACIOS INSTITUCIONALIZADOS

La musicoterapia y sus aplicaciones, se están empezando a instaurar en diferentes hospitales, residencias, centros y asociaciones, la musicoterapia como una posible alternativa para tratar un gran abanico de patologías. La música es un hecho cultural integrado en todas las actividades del ser humano, tiene un potencial muy elevado conectando lo sensorial, intelectual y volitivo; su valor varía según la intervención de los factores emocionales, fisiológicos y culturales. La música es el arte de los sonidos y por lo tanto implica tanto a la expresión como a la percepción (Ortí, 2014).

Johan Huizinga (Ortí, 2014) la define como un acto libre, autosuficiente, definido, serio, sugestivo, extraordinario, alegre, impulsivo e incierto; se ha difundido por el ser humano, llegando a estar en todas las culturas, no hay otra actividad cultural humana que sea tan penetrante como la música, la cual llega y moldea a menudo muchas de las conductas humanas, en cuanto a la terapia hay diferentes aplicaciones de ella, una de las intervenciones son las terapias creativas y artísticas, en este tipo de terapias podemos encontrar la arteterapia, musicoterapia, dramaterapia, la danzaterapia y la psicodrama.

Hay diferentes formas de aplicación de la musicoterapia de la forma terapéutica:

1. Musicoterapia pasiva: La persona escucha y la música persuade sin ninguna utilización de instrumentos ni movimientos.
2. Musicoterapia activa: Es una forma más participativa, el individuo canta o emite sonidos, realiza movimientos o compone.
3. Musicoterapia mixta: Es una mezcla de las dos terapias pasiva y activa.
4. Musicoterapia receptiva: Resultado de la escucha de la persona (música vibro-acústica).
5. Musicoterapia creativa: Permite la creación de música mediante ritmos que la persona compone mediante la voz, instrumentos, incluso con movimientos corporales.

La musicoterapia actualmente es utilizada en diversas patologías, sobre todo para una estimulación cognitiva y una mejora de la calidad de las personas y cuidadores implicados, incluso para crear un ambiente de relajación; en el caso de la depresión conlleva un gran impacto tanto emocional como físico, para tratar la depresión se ha utilizado terapias tradicionales junto con la musicoterapia para una mayor reducción de los síntomas (Ortí, 2014).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

“El secreto de una buena vejez no es otra cosa que un pacto honrado con la soledad”.

GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ

3.1. SUJETOS

La población que se presenta dentro de la Casa de Descanso María Elena Ramírez De Lozano, muestra residentes con diversos problemas en la salud física y mental, la población abarca edades de 65 hasta 97 años, para el análisis se dividió a los 20 participantes en dos grupos de edad (65-81 años y 82 a 97 años).

Por otra parte, se realizó la comparación entre los grupos de edad por los puntajes del coeficiente intelectual emocional (CIE) obtenidos de cada participante, clasificándolos en los rangos del CIE; además de realizar otra división en base al género (masculino y femenino) con las puntuaciones obtenidas.

Con lo anteriormente mencionado, se dividió a los 20 participantes en grupos con base a los niveles de depresión: Mínima, Leve, Moderado y Grave, siendo 11 depresivos contra 9 no depresivos, además de comparar a estos grupos de depresión en base a las puntuaciones del CIE.

3.2. MATERIAL

Inventario de Depresión de Beck-II es una prueba psicométrica que presenta pocas dificultades en su aplicación usándola de un modo fácil; es un instrumento de prueba que necesita de un entorno con mucha iluminación y suficiente silencio para la lectura, concentración adecuada del participante, así mismo se requiere de 5 a 10 minutos para ser completado.

Manual de Beck-II, contiene la información necesaria para poder realizar una aplicación adecuada, con base a los criterios de la misma prueba, también muestra los criterios de calificación, puntajes totales y su significado de cada uno con base a la teoría de Aron Beck.

20 cuestionarios de Beck-II

MSCEIT: Test de Inteligencia Emocional es una prueba psicométrica, la cual se aplica para conocer el puntaje total que posee una persona, se aplica a partir de los 18 años en adelante, contiene un grupo de ítems con saturaciones más bajas y las respuestas individuales de acuerdo con cuatro criterios:

- a) Saturación diferencia de su factor previsto.
- b) Contribución a la fiabilidad de la escala.
- c) Si se trata de una respuesta popular (Se considera importante mantener las respuestas populares de forma que la gente tuviera la sensación de proporcionar una respuesta correcta en la mayoría de los ítems).
- d) Otros aspectos relacionados con el contenido (Se consideró también importante mantener los ítems de aspecto atractivo y positivo en la medida posible).

Se realizaron eliminaciones y examinación de los ítems. Finalmente se evalúa la fiabilidad y validez factoriales generales del test. Actualmente el test consta de 141 ítems; esta nueva versión se conoce como MSCEIT (MSCEIT 2.0); ofrece una puntuación global de la inteligencia emocional, dos puntuaciones de área y cuatro de puntuaciones de rama. La puntuación de cada rama a su vez, está formada por dos tareas distintas. Estas puntuaciones se presentan como CI de la inteligencia emocional (CIE):

Tabla 3. Clasificación del Test de Inteligencia Emocional (MSCEIT).

Inteligencia Emocional (CIE)	Inteligencia Emocional Experimental (CIEX)	Percepción emocional (CIEP)	Caras	Sección A
			Dibujos	sección E
		Facilitación emocional (CIEF)	Facilitación	Sección B
			Sensaciones	Sección F
	Inteligencia Emocional Estratégica (CIES)	Comprensión emocional (CIEC)	Cambios	Sección C
			Combinaciones	Sección G
		Manejo emocional (CIEM)	Manejo emocional	Sección D
			Relaciones emocionales	Sección H

Tomado de Mayer, 2016.

20 hojas de aplicación del MSCEIT.

Lapicero negro.

Cronómetro: Es un instrumento que se ocupa para medir el tiempo de duración en cada prueba psicométrica.

3.3. PROCEDIMIENTO

1. A cada uno de los residentes se les pidió que contesten la ficha de identificación con ayuda del examinador debido a problemas de audición, vista y motrices; sin embargo, se solicitó la intervención de los cuidadores debido a que mostraban constante resistencia y dificultad en la comprensión, con el objetivo de conocer la edad, género, medicación, padecimiento actual (físico o mental) y su relación familiar.
2. Aplicación individual del Inventario de Depresión de Beck, duración máx. de 35 min, debido a que algunos de los sujetos tenían problemas de la vista, auditivos o en la motricidad fina (escritura). Por medio de esta prueba se identificó al paciente con depresión y al paciente que no la padecía.
3. Aplicación de forma individual del MSCEIT, con el objetivo de evaluar la inteligencia emocional (CIE), así mismo observar el desempeño que muestra el participante en cada rama que conforma la inteligencia emocional.
4. Juntar la ficha de identificación, inventario de depresión de Beck y la hoja de respuesta de la prueba MSCEIT en un solo expediente, con el objetivo de organizar adecuadamente la información.
5. Al final se ingresó en la pág.: <http://www.teacorrige.com> con el propósito de iniciar el proceso de calificación de la prueba MSCEIT: Test de Inteligencia Emocional Mayer- Salovey- Caruso; en donde se metió la clave de acceso, se pulsó en acumular usos y se dio clic en añadir examinando, se empezó a vaciar las respuestas de cada sujeto objetada de las hojas de aplicación de cada sección, al finalizar se descargó la hoja de resultados del CIE.

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio cuasi experimental transversal descriptivo, en el cual los sujetos no son asignados al azar, se buscó por medio de la comparación, descripción, análisis y observaciones enfocadas en los participantes en un único momento, con el propósito de indagar la incidencia y la forma en cómo se manifiesta cada variable, también de llevar un registro sobre el sexo, edad e identificación de pacientes con depresión y no depresión; del mismo modo se registró los resultados obtenidos del Coeficiente Intelectual Emocional (CIE), en el caso de cada participante.

Por otra parte, se buscó comparar entre los sujetos depresivos y no depresivos, su puntuación del CIE; analizar la relación de la depresión y el nivel del CIE de los participantes, con el propósito de saber cuál es la edad, sexo en donde se presenta mayormente la depresión y cual es la rama de la inteligencia emocional con mayor afectación debido a su relación con la depresión.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

“La victoria siempre es posible para la persona que se niega a dejar de luchar”.

NAPOLEON HILL

4.1. DE LAS PRUEBAS APLICADAS

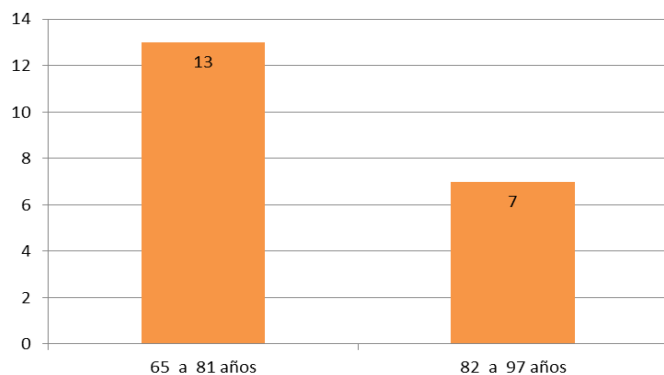
A continuación, se muestran los resultados obtenidos de la prueba MSCEI e Inventario de Beck, tomando en cuenta los grupos de edad y género:

4.1.1. RANGOS DE EDAD DE LOS SUJETOS.

En el Estado de Hidalgo, según el Consejo Estatal de Población (2010) explico: “En 1970 la proporción de personas mayores de 60 años representaba el 6.6% del total de la población, para el 2010 constituyó el 9.2% y se estima que en el 2050 cerca de uno de cada tres habitantes se encontrara en este grupo de edad (Guzmán, 2010).

En la gráfica 1 se muestra dos grupos de edad, el primer grupo se conformó con aquellos participantes que están dentro del rango de edad de 65 a 81 años y el segundo grupo son aquellos participantes dentro del rango de edad de 82 a 97 años, mostrando el total de participantes en cada grupo, los cuales conforman un total de 20 sujetos.

Gráfica 1. Clasificación por rangos de edad.



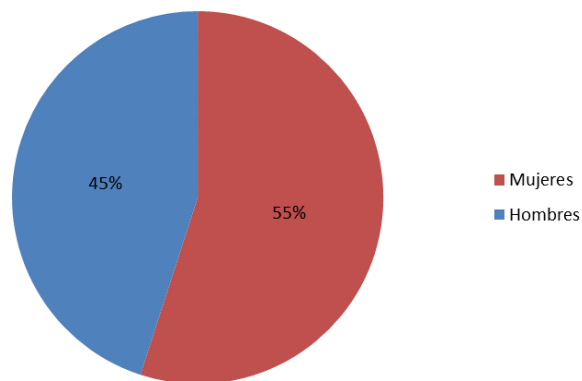
La media en el rango de edad es de **73.65 años**, es decir, que es la edad promedio; la mediana es de **79 años**, siendo la edad que está en medio y la moda es **78 años**, siendo la edad que más se presenta en los participantes.

4.1.2. GÉNERO EN LOS SUJETOS.

En México (Consumidor, 2018), la encuesta 2015 publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) señaló que la población total de la tercera edad muestra una mayor proporción de mujeres 56.3% que la de los hombres 43.7%.

En la gráfica 2 se muestra el total de sujetos de cada género; el 55% está conformado por el género femenino con 11 sujetos, mientras que el género masculino conformo el 45% con 9 sujetos, demostrando el predominio del género femenino en los 20 sujetos estudiados.

Gráfica 2. Clasificación por género.



4.1.3. COEFICIENTE INTELECTUAL EMOCIONAL (CIE).

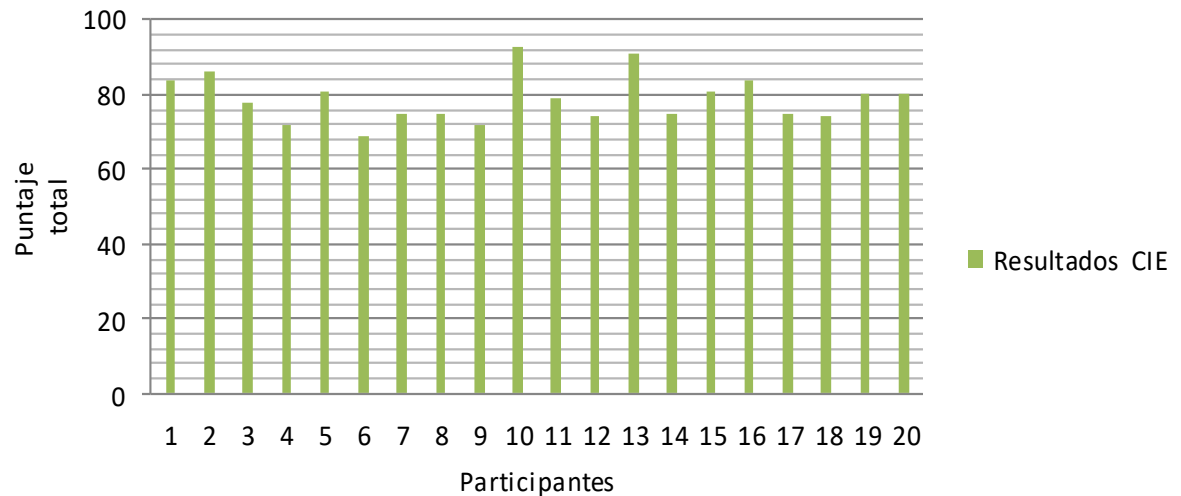
La gráfica 3 muestra los puntajes totales de coeficiente intelectual emocional (CIE).

La calificación de esta prueba marca que los puntajes de 111 a 130 son competentes o expertos, de 91 a 110 competentes y de 70 a 90 con necesidades y áreas a mejorar. En el caso de los evaluados los puntajes se encuentran en el rango de 70-90, la competencia emocional es baja en el grupo evaluado.

A partir de los 60 años, se empieza a experimentar de cierto deterioro cognitivo, sin embargo, la distinta capacidad intelectual de las personas es evidente tanto en la infancia como en la edad adulta, se acentúa en la vejez. Algunos individuos alcanzan medidas máximas de productividad creativa, mientras muchos otros padecen mantenerlas al mismo nivel que antes, algunos casos acaban sumidos en una confusión que les hace parecer ausentes, además cada capacidad cognitiva en particular tiende a mostrar un grado distinto de deterioro en función de la edad (Berger, 2001).

El envejecimiento intelectual de cada individuo es diferente independientemente de que los incrementos se puedan producir en todos los sujetos (Madrigal, 2007).

Gráfica 3. Resultados individuales del Coeficiente intelectual emocional.



4.1.3.1. COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE LAS CUATRO RAMAS DEL COEFICIENTE INTELECTUAL EMOCIONAL

En la gráfica 4 se observan las cuatro ramas que conforman la inteligencia emocional:

1. Percepción emocional.
2. Facilitación emocional.
3. Comprensión emocional.
4. Manejo emocional.

Cada rama tiene su puntaje total:

Percepción emocional tiene 90.25% (siendo la rama con puntaje mayormente elevado), significa que los participantes en esta rama desarrollaron adecuadamente la capacidad de percibir e identificar emociones.

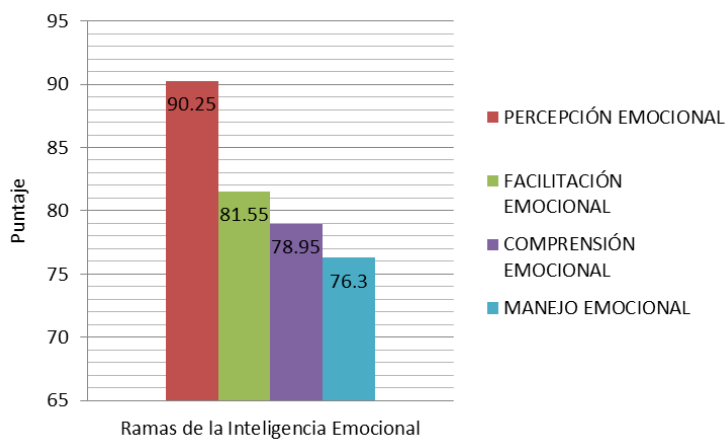
Facilitación emocional obtuvo 81.55% esto nos indicó que se necesita desarrollar en esta rama la medida de sus pensamientos y capacidades cognitivas en la utilización de información sobre su experiencia emocional.

Comprensión emocional tiene 78.95% significa que presentan problemas en reconocer términos que se relacionan con las emociones.

Manejo emocional siendo la rama con más bajo puntaje indica claramente una incapacidad en poder sentir los sentimientos en la situación apropiada, quiere decir que los sujetos reprimen sus emociones y no saben tomar buenas decisiones ante situaciones que se les presenta.

Lo anterior significa que la rama más desarrollada en los adultos mayores evaluados es la de percepción emocional sin embargo esta es también un puntaje bajo, la menos desarrollada es manejo emocional. Todas las ramas muestran una necesidad de desarrollo.

Gráfica 4. Clasificación de resultados generales por ramas de la Inteligencia emocional.

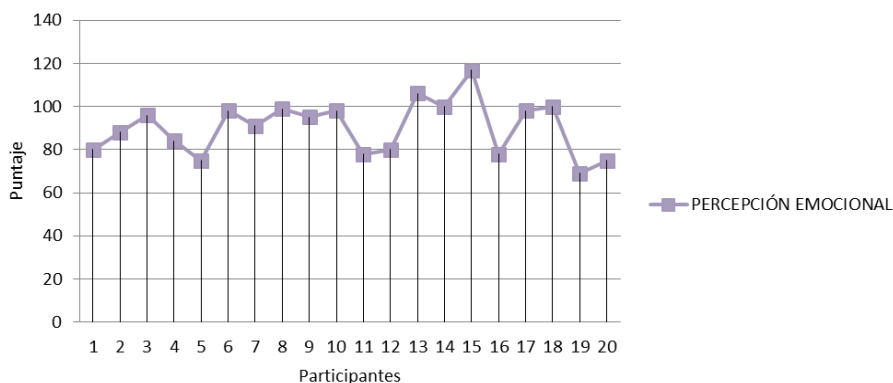


A continuación, se muestran los puntajes individuales de cada una de las 4 ramas de la inteligencia emocional.

4.1.3.1.1. PERCEPCIÓN EMOCIONAL

En la gráfica 5 se muestra el puntaje total que obtuvo cada participante; los 20 participantes se mantuvieron en el rango de puntuaciones 70-90 a 111-130 lo cual señala que el participante más alto obtuvo un total de 117 y el más bajo obtuvo 69 en la rama de la percepción emocional, es decir que la mayoría de los participantes se mostraron competentes, significa que pueden identificar una emoción en la expresión facial de los demás o en ellos mismos, siendo una capacidad de percibir e identificar las emociones.

Gráfica 5. Resultados individuales en percepción emocional.

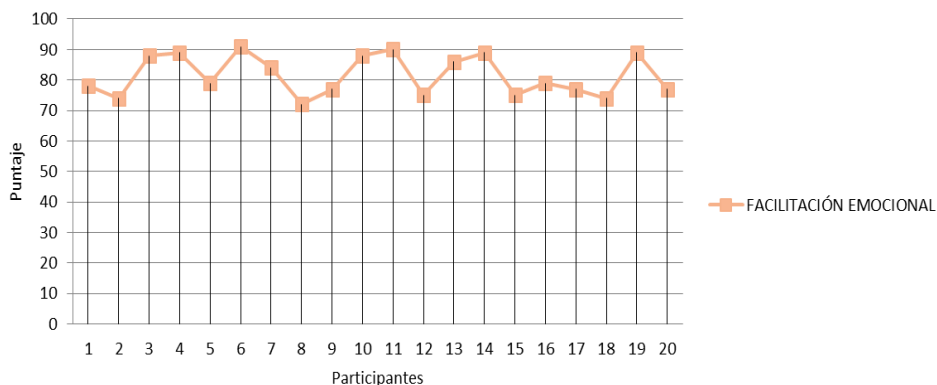


4.1.3.1.2. FACILITACIÓN EMOCIONAL

En la gráfica 6 se observa el puntaje total de cada participante; el rango en el cual se mantuvieron los participantes fue 70-90 significa que necesitan desarrollar el manejo en sus emociones, razonar, tomar decisiones y solucionar problemas, siendo esta una capacidad para utilizar las emociones para la resolución de problemas de una manera creativa.

Las emociones y pensamientos se encuentran fusionados sólidamente y con un uso adecuado de las emociones al servicio del pensamiento, ayuda a razonar de forma más coherente y tomar decisiones adecuadamente; favorece una adaptación apropiada al medio ambiente, facilita el recuerdo de eventos emotivos, permite la formación de juicios acorde a cómo se siente el individuo (Fernández-Berrocal).

Gráfica 6. Resultados individuales en facilitación emocional.

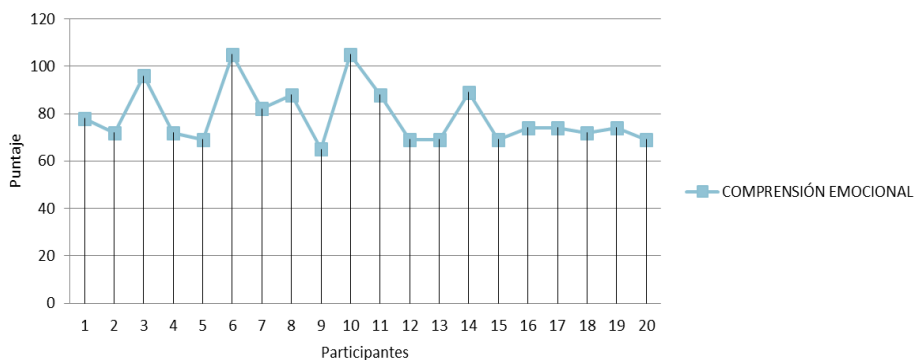


4.1.3.1.3. COMPRENSIÓN EMOCIONAL

En la gráfica 7 muestra el puntaje total de cada sujeto; la mayoría de los participantes entraron en el rango 70-90 y solo 3 sujetos están dentro del rango de 91-110, es decir que de 20 sujetos solo 3 son competentes, significa que la mayoría de los participantes necesitan mejorar en la capacidad de reconocer las emociones y en el autoconocimiento.

Para poder comprender las emociones de los demás, se necesita empezar a identificar y reconocer las emociones propias, ayuda a poseer facilidades para comprender al prójimo; en los casos de las personas que nunca sintieron el sentimiento expresado por el prójimo, le resulta difícil comprender las emociones y sentimientos de los demás (Fernández-Berrocal).

Gráfica 7. Resultados individuales en comprensión emocional.

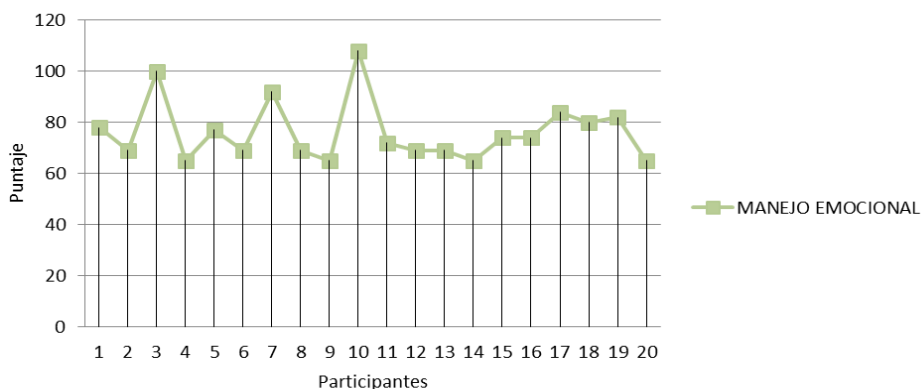


4.1.3.1.4. MANEJO EMOCIONAL

La gráfica 8 muestra el puntaje total de cada sujeto; se observa que la mayoría de los participantes entran en el rango 70-90, significa que necesitan mejorar en la capacidad modular las emociones propias negativas como el miedo, tristeza o la ira ante situaciones específicas.

Siendo una de las habilidades más complicadas por dominar, se considera como una capacidad para evitar las respuestas emocionales descontroladas; consiste en percibir, sentir y vivenciar el estado afectivo, de forma que no altere la forma de razonar y así lograr alcanzar un pensamiento claro y eficaz, no basado en la irracionalidad (Fernández-Berrocal).

Gráfica 8. Resultados individuales en manejo emocional.

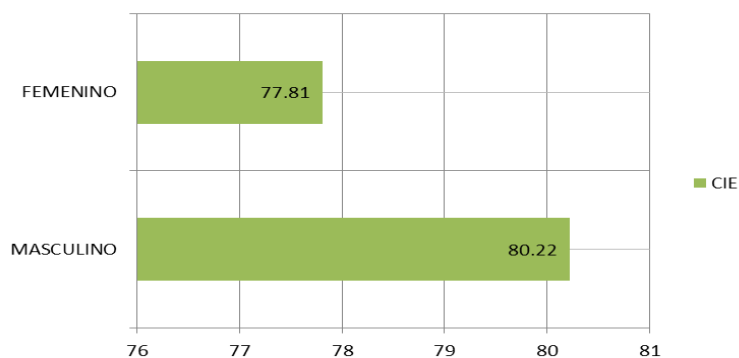


4.1.3.2. COEFICIENTE INTELECTUAL EMOCIONAL Y GÉNERO

En la gráfica 9 se observa el puntaje total obtenido de cada género (masculino y femenino), comparando los puntajes obtenidos se muestra que el género masculino es superior al género femenino, el cual muestra un 77.81% en comparación con el 80.22% total de los hombres.

Con lo anteriormente mencionado, se demuestra que, dentro de los 20 sujetos, los hombres obtuvieron un CIE superior, significa que poseen un mayor desempeño en las puntuaciones de las ramas, tareas y adicionales a comparación de las mujeres.

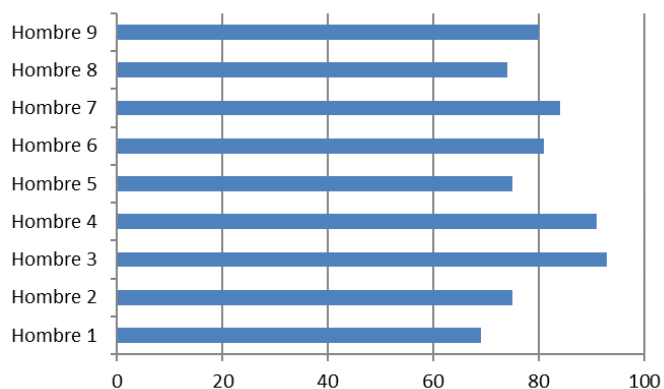
Gráfica 9. Coeficiente intelectual emocional por género.



4.1.3.2.1. HOMBRES

La gráfica 10 indica que 9 sujetos del género masculino entraron dentro de los rangos de 70-90 a 91-110, es decir que los hombres que muestran una puntuación abajo o dentro del rango 70-90 necesitan desarrollar la percepción, facilitación, comprensión y manejo emocional; mientras que los hombres con un puntaje dentro del rango 91-110 son competentes, mostrando un desarrollo adecuado del manejo, identificación, modulación y comprensión de las emociones propias y de otras personas.

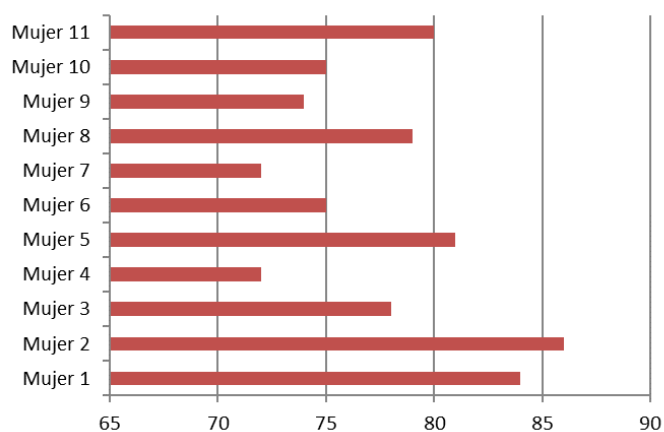
Gráfica 10. Coeficiente intelectual emocional en hombres.



4.1.3.2.2. MUJERES

En la gráfica 11 se muestra a 11 participantes del género femenino; la mayoría de las participantes se mantuvieron en el rango 70-90, siendo el puntaje más elevado de 86 y la más bajo de 72 en el CIE, significa que las mujeres necesitan mejorar en identificar, modular, comprender y controlar las emociones ante situaciones de la vida cotidiana.

Gráfica 11. Coeficiente intelectual emocional en mujeres.



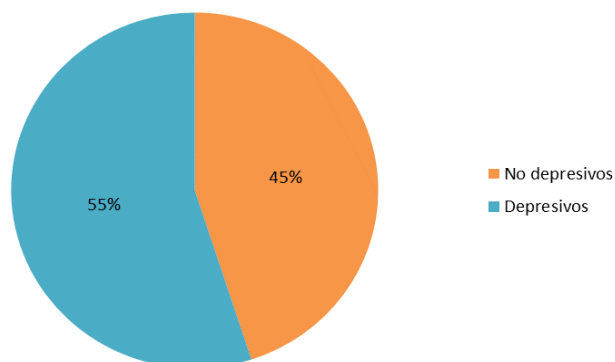
4.1.4. DEPRESIÓN EN LOS SUJETOS

La depresión es un trastorno afecto-cognitivo; la persona deprimida ve el mundo de manera diferente y, en consecuencia, se comporta también de forma distinta respecto de cuando no estaba deprimida: Cambian sus actitudes y su comportamiento, (Bosqued, 2005).

De todos los trastornos psíquico en los ancianos, el más frecuente es la depresión (Ceinos, 2001), sin embargo, existen diversas causas que provocan el incremento de la depresión en la tercera edad como la disminución de los neurotransmisores implicados en la respuesta emocional y descenso de la comunicación entre las neuronas, del mismo modo también la mayor frecuencia de situaciones depresivas o estresantes que fácilmente provocan la depresión; etapa de la vida en la que mayormente se sufre la pérdida de seres queridos como son la pareja, hermanos y amigos. Otras situaciones serian la jubilación, los cambios de residencia o el ingreso a un centro geriátrico (Larousse, 2002).

La gráfica 12 refleja a 20 participantes, de los cuales se identificaron 11 depresivos y 9 no depresivos.

Gráfica 12. Resultado general del Inventario de Beck.



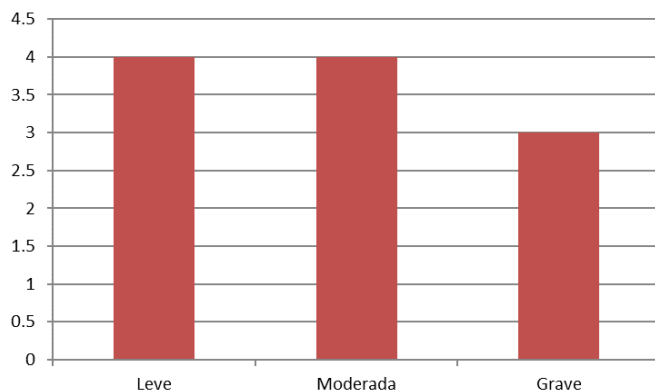
4.1.4.1. NIVELES DE DEPRESIÓN ENTRE LOS SUJETOS

En la gráfica 13 se muestran a los 11 sujetos depresivos; señalando los niveles de depresión dentro del inventario de Beck-II (leve, moderada y grave).

En el nivel de depresión leve, salieron 4 participantes, significa en el estado de ánimo experimentan tristeza o sentimiento de inutilidad ante actividades que antes podían realizar con mayor facilidad o pensamientos pesimistas.

En el nivel de depresión moderado, se ubicaron 4 participantes que presentan disminución de placer a ciertas actividades, irritabilidad, inquietud o fatiga casi todo el día. En el nivel de depresión grave, se identificaron a 3 participantes; significa que los participantes muestran insomnio, pérdida del aumento de peso, disminución de placer por realizar actividades, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos cada día, disminución en la capacidad de concentrarse, indecisión e incluso pensamientos de muerte.

Gráfica 13. Participantes depresivos.

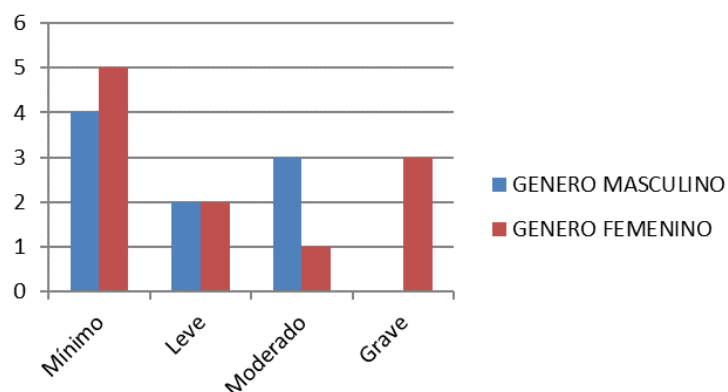


4.1.4.2. DEPRESIÓN Y GÉNERO

En la gráfica 14 indica los niveles de depresión y el número de participantes que encabeza cada nivel, mostrando una división por género.

Según Bandura, las personas llegan a la depresión como consecuencia de tener en sus actitudes: Baja expectativas de eficacia respecto de un comportamiento determinado, son personas que no creen que sean capaces de ejecutar con éxito el comportamiento requerido para obtener el resultado que esperan (Bosqued, 2005).

Gráfica 14. Comparación de género entre los niveles de depresión.



4.1.4.3. DEPRESIÓN Y EDAD

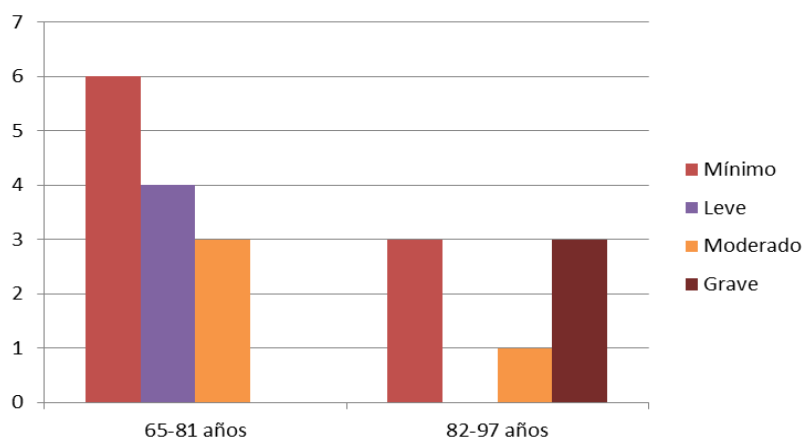
Se presenta en la gráfica 15 dos grupos de edad, 65-81 años y 82-97 años, cada grupo muestra los niveles de depresión que señalaron los participantes pertenecientes a esos rangos de edad.

En el grupo de 65-81 años solo 6 participantes mostraron tener una depresión mínima, 4 participantes con depresión leve y 3 con depresión moderada, pero ninguno participante mostró tener depresión grave dentro del grupo de edad lo cual significa que

pueden presentar fatiga, falta de interés a las actividades, pesimismo, sin embargo, no presentan ideas de muerte o sentimientos de inutilidad o culpa excesivos. El grupo 82-97 años mostró a 3 participantes con depresión mínima, 1 con depresión moderada y 3 con depresión grave lo cual indica una que en este grupo de edad se presentan pensamientos pesimistas, sentimiento de inutilidad o culpa excesivos, pérdida de energía, fatiga, irritabilidad, disminución del apetito, insomnio, disminución del placer ante la realización de actividades durante el día e incluso ideas de muerte.

Por lo anterior, la depresión es el trastorno psiquiátrico con mayor incidencia en la vejez, afecta a las personas mayores de 75 años y lo sufren en la misma medida hombres y mujeres (Larousse, 2002).

Gráfica 15. Comparación entre los grupos de edad en los niveles de depresión.



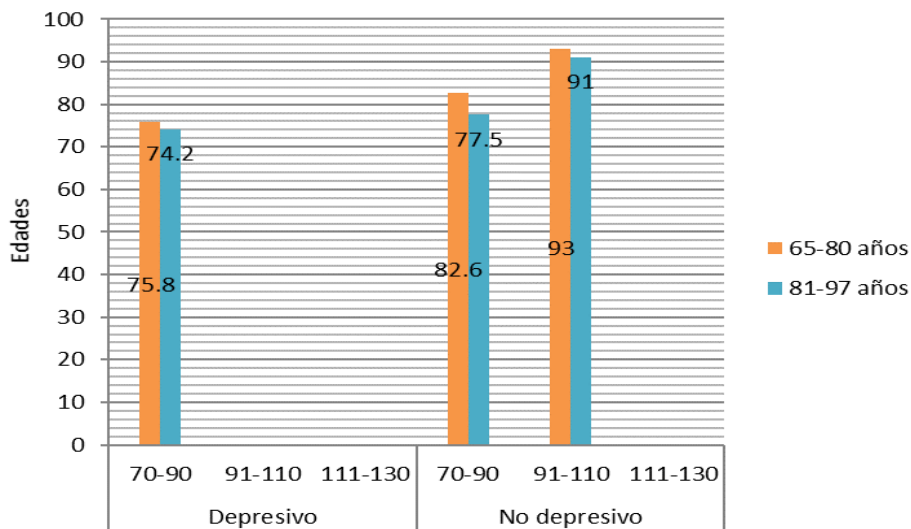
4.1.5. COEFICIENTE INTELECTUAL EMOCIONAL Y DEPRESIÓN

La gráfica 16 indica la comparación entre los resultados obtenidos en la prueba psicométrica del MSCEIT; muestra la diferencia entre los grupos de edad 65-80 años y 81-97 años en los participantes depresivos y no depresivos.

En el grupo de 65-80 años se señala un puntaje total general en los participantes depresivos de 75.8% en comparación con el grupo de 81-80 años que señala 74.2% en el coeficiente intelectual emocional, es decir, independientemente de la depresión, los individuos con edad avanzada muestra dificultades evidentes en la inteligencia emocional en comparación con grupos de edad más jóvenes.

Por otra parte, los participantes no depresivos dentro del grupo de 65-80 años obtuvieron un 82.6% en comparación con el grupo de 81-80 años que obtuvieron un 77.5%, significa que la mayoría de los participantes dentro de ambos grupos de edad se mantuvieron en el rango 70-90 del coeficiente intelectual emocional, significa que necesitan mejorar en la estimulación de las emociones en el ámbito intrapersonal e interpersonal. Además 2 participantes obtuvieron puntajes totales de 93% y 91%, dentro del rango 91-110 siendo competentes en la estimulación de las emociones.

Gráfica 16. Comparación entre los sujetos depresivos y no depresivos en los puntajes obtenidos del coeficiente intelectual emocional.

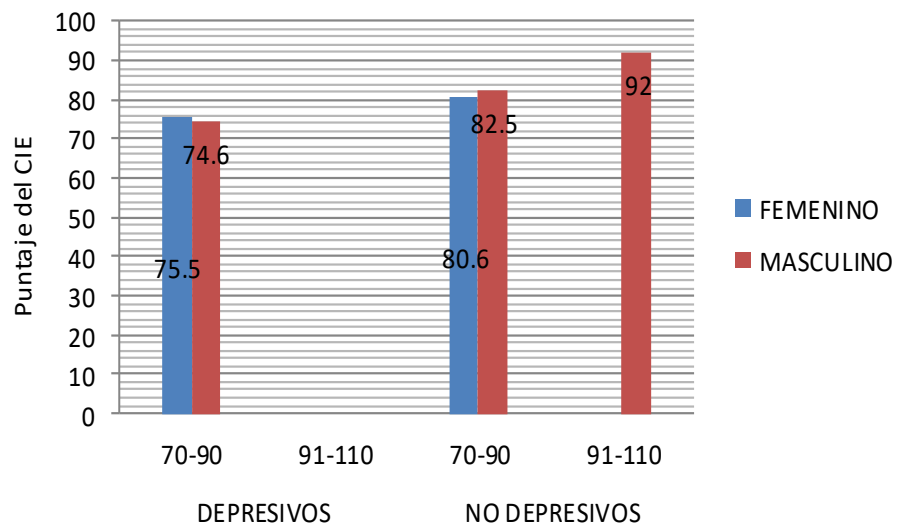


4.1.6. COMPARACIÓN DE RESULTADOS EN GÉNERO

En la gráfica 17 se realizó una comparación entre ambos géneros en la cual los participantes depresivos dentro del género femenino obtuvieron un total de 75.5%, mientras que en el género masculino obtuvieron el 74.6% en su CIE, significa que el género masculino dentro de los 11 sujetos depresivos muestra un puntaje más bajo que el puntaje total del género femenino.

Por otra parte, en los 9 participantes no depresivos se observa en el género femenino se obtuvo un 80.6% dentro del rango de CIE 70-90, mientras que el género masculino mostró dentro del rango 70-90 un 82.5% y en el rango 91-110 un 92% de puntuación total en el caso de 1 sujeto, significa que dentro de los 9 participantes no depresivos el género masculino demostró tener un puntaje más elevado que el género femenino.

Gráfica 17. Comparación de resultados del coeficiente intelectual emocional depresión en género.



CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

“Las ideas creativas son como un capullo delicado: Hay que mimarlas para que florezcan”.

DANIEL GOLEMAN

5.1 CONCLUSIONES

PRIMERA. Hay la relación entre la depresión y la inteligencia emocional (independientemente de la edad o género), los participantes depresivos mostraron un bajo rango en el coeficiente intelectual emocional en comparación con los no depresivos.

Por lo anterior se acepta la hipótesis que expresa: “la inteligencia emocional muestra variaciones en relación a la Depresión en los residentes evaluados en la Casa de Descanso María Elena Ramírez De Lozano, Estado de Hidalgo, México”.

SEGUNDA. Se muestra que hay variación en la inteligencia emocional en sus ramas, existe variación en las cuatro ramas: percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y manejo emocional; debido a que en todas existe un bajo rango de 70 -90 con necesidades y áreas a mejorar, sin embargo, la rama de manejo emocional presenta un rango de 76.3%, siendo la rama que más necesita mejorar.¹

¹ Ver gráfica 4

TERCERA. Se observa que, de 20 participantes 11 son depresivos mientras que 9 no depresivos.²

Por otra parte, se puede observar las puntuaciones del inventario de Beck-II: 0-13 es mínima; 14-19 es leve; 20-28 es moderada y 29-63 es grave. Los 11 depresivos, representan el 55% de los participantes: 4 mostraron una depresión leve 20%; 4 con depresión moderada 20% y los otros 3 participantes con una depresión grave 15%.³

Entre los sujetos depresivos y no depresivos el coeficiente intelectual emocional, se muestra un resultado bajo en los depresivos de 65 a 80 años con un total de 75.8% y los depresivos de 81 a 97 años con un total de 74.2%; en comparación con los participantes no depresivos de 65 a 80 años que obtuvieron un total de 82.6 y de 81 a 97 años con un total de 77.5%.⁴

Con lo anterior mencionado, independientemente de la edad o género, se mostró que los participantes que padecen de depresión muestran puntuaciones bajas a comparación de los no depresivos.⁵

CUARTA. Entre los depresivos y no depresivos, resalta la diferencia en la inteligencia emocional, mostrando el puntaje bajo obtenido en el grupo depresivo en comparación con el grupo no depresivo con un puntaje alto, independientemente de la edad y el género.⁶

² Ver gráfica 12

³ Ver gráfica 13

⁴ Ver gráfica 16

⁵ Ver gráfica 16 y 17

⁶ Ver gráfica 16 y 17

QUINTA. El género femenino, se muestra con mayor variación en las ramas y el total del coeficiente intelectual emocional con un total de 77.81%, es decir, que el coeficiente intelectual emocional en mujeres de la tercera y cuarta edad es inferior al género masculino, debido a la falta de estimulación en las ramas de percepción emocional, comprensión emocional, facilitación emocional y manejo emocional; esto representa un problema en la población del adulto mayor evaluado puesto que se muestra el predominio del género femenino en comparación con el género masculino en la población estudiada.⁷

SEXTA. En la edad se muestra variación, al realizar la comparación entre dos grupos: 65 a 80 años y 81 a 97 años; se descubrió que el grupo con puntaje superior en el coeficiente intelectual emocional es el grupo de edad de 65 a 80 años con un total de 75.8%, en comparación con el grupo de 81-80 años que señala 74.2% en el coeficiente intelectual emocional siendo este último más bajo, es decir, independientemente de que el adulto mayor posea de depresión o no, la inteligencia emocional es más elevada en personas de 65 a 80 años.⁸

SEPTIMA. El manejo emocional es la rama de la inteligencia emocional que presentó más variación, con un puntaje bajo de 76.3%, en comparación con la percepción emocional, facilitación emocional y comprensión emocional, es decir, que los adultos mayores de la Casa de Descanso María Elena Ramírez De Lozano poseen dificultades en cuanto al manejo emocional en situaciones de la vida cotidiana.⁹

⁷ Ver gráfica 9, 10 y 11

⁸ Ver gráfica 16

5.2 SUGERENCIAS

Debido a que las ramas de la inteligencia emocional: Percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y manejo emocional, salieron con puntuaciones bajas independientemente de la depresión, edad o género en los adultos mayores institucionalizados; se sugiere investigar e intervenir en el tema de la inteligencia emocional enfocada en los adultos mayores, siendo una población que va en aumento cada año, en busca de nuevos datos para la actualización y mejoramiento del estudio actual; así mismos se recomienda la estimulación de las emociones por medio de la terapia ocupacional enfocada en las relaciones interpersonales, con el objetivo de prevenir problemas en las diferentes ramas de la inteligencia emocional que cada individuo deberá estimular constantemente.

⁹ Ver gráfica 4 y 8

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcocer, A. (2007). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*. México: Editorial Medica Panamericana.
- Aréchiga, H. (1999). *El envejecimiento: Sus desafíos y esperanzas*. Ciudad de México: Siglo XXI editores, en coedición con Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM.
- Becerril, C. I. (2012). Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. *Medicina Interna México*, <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=36614>.
- Berger, K. S. (2001). *Psicología del desarrollo: Adulthood y Vejez*. México: Editorial Medica Panamericana.
- Bosqued, M. (2005). *Vencer la depresión: Técnicas psicológicas que te ayudarán*. Editorial Desclée de Brower, S.A.
- Botín, F. (2010). *El 2009 John Mayer (Plenary) Lecture/ Conferencia de John Mayer IE 2009*. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=yF-Ca00AYLs>
- Caballo, V. E. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo XXI.
- Ceinos, M. G. (2001). La depresión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Chave-Jones, M. (1990). *Para superar la depresión*. México: Editorial Patria, S.A. de C.V.
- Cifuentes, C. E. (2011). *Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza*. Obtenido de Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia: www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224114006.

- Consumidor, P. F. (2018). *Gobierno de México*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/profec/documentos/asilos-una-alternativa-para-el-cuidado-y-atencion-de-los-adultos-mayores?state=published>
- Conti, N. A. (2007). *Historia de la depresión: La melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX*. Buenos Aires: Palemos.
- Contreras, A. I. (2017). *Psicología Iberoamericana Vol. 25 No. 1*, 41. Obtenido de IBERO Ciudad de México Publicaciones: http://revistas.iberomexico.mx/psicologia/articulo_detalle.php?id_volumen=16&id_articulo=169&id_seccion=112&active=1&pagina=37
- Davidoff, L. L. (1984). *Introducción a la Psicología*. México: Mc Graw Hill.
- Diccionario Social*. (2015). Obtenido de Enciclopedia Jurídica Online: <https://diccionario.leyderecho.org/intervalo-lucido/>
- DIF. (2019). *Desarrollo Integral de la Familia (DIF)*. Recuperado el 21 de Mayo de 2019, de Gobierno del Estado de Hidalgo: <http://dif.hidalgo.gob.mx/pag/CasaDeDescanso.html>
- Doron, R. (2008). *Diccionario de psicología*. Madrid, España: Akai.
- Dulcey-Ruiz, E. (2002). *Revista latinoamericana de psicología volumen 34*. Obtenido de psicología del ciclo vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Universidad Autónoma de Madrid*. obtenido de la psicología de la vejez: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680041/EM_16_2.pdf?sequence=1
- Fernández-Berrocal, P. (s.f.). *La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela*. Obtenido de Universidad de Málaga, España.: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=facilitaci%C3%B3n+emocional&btnG=&oq=facilitacion+emo


- Flores, M. M. (2005). *Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de Revista de ciencias administrativa y sociales: <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v15n25/v15n25a01.pdf>
- Flores., L. A. (2006). *Manual Pràctico*. Mèxico: Universidad Autonoma de Nuevo Leon: Trillas.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. Mèxico, DF: Siglo Veintiuno editores.
- García, J. I. (2002). *Psicología*. Mèxico: Mc Graw Hill.
- Gardner, H. (2014). *Estructuras de la Mente*. Mèxico: Fondo de Cultura Economica.
- Goleman, D. (2018). *La Inteligencia Emocional*. Ciudad de Mèxico: Penguin Random House Grupo Editorial.
- González, C. A. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en Mèxico. *Salud Publica Mex*, 11.
- Guevara-Peña, N. L. (2016). Impacto de la institucionalizacion en la vejez. Analisis frente a los cambios demograficos actuales. <http://dx.doi.org>.
- Gutiérrez, F. d. (2004). *Depresión, Angustia y Bipolaridad*. Mèxico: Trillas.
- Guzmán, M. H. (2010). *Tercera edad en el estado de Hidalgo, Mèxico: un reto para el Trabajo Social desde la perspectiva de la política pública*. Obtenido de Tercera edad en el estado de Hidalgo, Mèxico: un reto para el Trabajo Social: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/6982/tercera_edad.pdf
- Hoffman, L. (2012). *Fundamentos de la terapia familiar*. Mèxico, D.F.: fondo de cultura economica.
- Kail, R. V. (2006). *Desarrollo Humano*. Cengage Learning Editores,S.A.
- Larousse. (2002). *Larousse de los Mayores: Saber hacerse mayor. Consejos para sentirse bien. La alimentaciòn. Las relaciones personales*. España: Spes Editorial, S.L.

- Llera., J. A. (2009). *Psicología del Desarrollo*. España: Mudima:Universidad a distancia de Madrid.
- Lôo, H. (2001). *La Enfermedad Depresiva*. México, D.F.: Siglo Veintiuno editores, S.A. de C.V.
- Lyonnais, G. (1965). *La vejez, Razón y Fe*. Madrid : Razón y Fe, S.A.
- Madrigal, L. M. (2007). *La estimulación cognitiva en personas adultas mayores*. Obtenido de Revista Cúpula: <https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf>
- Markides, K. S. (2004). *Cognitive status and incident disability in older mexican americans: findings from the hispanic established population for the epidemiological study of the elderly*. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Kyriakos_Markides/publication/6600383_Cognitive_status_and_incident_disability_in_older_Mexican_Americans_Findings_from_the_Hispanic_established_population_for_the_epidemiological_study_of_the_elderly/links/09e4150dde4
- Martinez-Maldonado, M. d. (2016). *Que es el viejismo*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/295515260/Que-Es-El-Viejismo>
- Mayer, S. C. (2016). *Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT)*. Madrid: TEA, Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Melgar., F. (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico internista*. Bolivia: La Hoguera.
- Montes de Oca-Zavala, V. (2010). *Renglones, revista arbitrada en Ciencias Sociales y Humanidades, num 62. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO*. Obtenido de "Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo": https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/235/art_8_Pensar_la_vejez-Veronica_Montes_de_Oca.pdf?sequence=2
- Moragas, R. M. (2004). *Gerontología*. Barcelona: Herder Editorial, S.L.

- Moreno, A. C. (2008). *La depresión y sus mascararas: Aspectos terapeuticos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Moreno, C. M. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional. *revista latinoamericana de psicología*, <https://www.redalyc.org/pdf/805/80530101.pdf>.
- Narváez., G. C. (1999). *Depresión: Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México: Trillas.
- Orbegozo, L. J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, Obtenido de Intervención : <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>
- Ortí, J. E. (2014). Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionario para cuantificarlo. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education*, 131-140.
- Osorio, P. (2006). *La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales*. Obtenido de Papeles C.E.I.C.: <https://www.redalyc.org/pdf/765/76500603.pdf>
- Papalia, D. E. (2012). *Desarrollo Humano*. Ciudad de México: Mc Graw- Hill.
- Pérez-Fuentes, M. d. (2014). *Estimulación de la Inteligencia Emocional en mayores: El programa PECE-PM*. Obtenido de European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education: <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/84/71>
- Ramírez, E. O. (2014). *LAS EMOCIONES*. México: Trillas.
- Real Academia Española*. (2019). Obtenido de Real Academia Española: <http://www.rae.es/>

- Reyes, G. F. (2016). *La Indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de México*. Obtenido de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v22n87/1405-7425-pp-22-87-00161.pdf>
- Rodriguez, R. V. (2015). Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados del occidente de México. *Nure Investigación*, 11.
- Romero, L. (2017). Abandono y maltrato de adultos mayores. *Gaceta Digital UNAM*, <http://www.gaceta.unam.mx/20170626/abandono-y-maltrato-de-adultos-mayores/>.
- Ruiz, F. (2009). el abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Asociacion Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar*, <https://www.redalyc.org/pdf/507/50719071001.pdf>.
- Sarason, I. G. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Mexico: Pearson Educacion.
- Sepúlvera, C. (2010). *Perfil socio-familiar en adultos mayores intitucionalizados*. Obtenido de Universidad de la Frontera, Chile: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cient/v16n3/art_07.pdf.
- Spackman, W. &. (2016). *Terapia Ocupacional*. Hong Kong Republica de China.: Editorial Medica Panamericana.
- Trujano, R. S. (2010). Tratamiento sistèmico en problemas familiares. analisis de caso. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, <https://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/22593/21326>

ANEXOS



UNIVERSIDAD HUMANISTA HIDALGO
CT 13PSU0186L

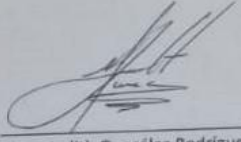
Pachuca de Soto, Hidalgo a 11 de abril de 2019.

LIC. PATRICIA MARCELA GONZÁLEZ VALENCIA
DIRECTORA GENERAL DEL DIF ESTATAL
PRESENTE


C' ATN. M. en C. JUAN CARLOS GARCÍA ZABALETA
DIRECTOR DE LA CASA DE DESCANSO
"MA. ELENA RAMÍREZ DE LOZANO"

No sin antes enviarle un cordial saludo, le solicito amablemente su autorización para que la egresada de la licenciatura en Psicología en esta institución, Ríos Pedraza María Fernanda realice su investigación para el desarrollo de la tesis: "Inteligencia emocional en adultos de la tercera edad de 65 a 75 años en la Casa de Descanso María Elena Ramírez de Lozano"; a través de la aplicación del Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso: MSCEIT, a la comunidad de la casa de descanso.

Sin otro particular, quedo a su atención para cualquier comentario.

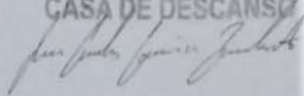


Mtra. Judith González Rodríguez
Directora Técnica Lic. Psicología
psicologia@uhh.edu.mx
153 2617 ext. 111



LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
Acuerdo CIREYTG
N° 15/13 DEL 13/VI/2012
Clave de Incorporación
8958-25

SISTEMA DIF HIDALGO
RECIBIDO
11 ABR 2019
CASA DE DESCANSO



Calle Mariano Arista No. 107 esquina con Viaducto Nuevo Hidalgo
Col. Centro, Pachuca Hgo. C.P. 23000 Tel. (01 771) 153-2716 ext. 106 y 108
direcciongeneral@humanistahidalgo.edu.mx

www.humanistahidalgo.edu.mx

Anexo 1°: Documento de autorización para ingresar a la Casa de Descanso María Elena Ramírez De Lozano y realizar investigación para el desarrollo de la tesis. Derecho reservado, la presente imagen se usa con fines ilustrativos.



UNIVERSIDAD HUMANISTA HIDALGO
CT 13PSU01886L

Pachuca de Soto, Hidalgo a 17 de mayo de 2019.

LIC. PATRICIA MARCELA GONZÁLEZ VALENCIA
DIRECTORA GENERAL DEL DIF ESTATAL
PRESENTE

C'ATN. M. en C. JUAN CARLOS GARCÍA ZABALETA
DIRECTOR DE LA CASA DE DESCANSO
"MA. ELENA RAMÍREZ DE LOZANO"

No sin antes enviarle un cordial saludo, le solicito amablemente su autorización para que la egresada de la licenciatura en Psicología en esta institución, Ríos Pedraza María Fernanda tome fotografías de algunas de sus actividades, como evidencia de su trabajo de tesis: "Inteligencia emocional en adultos de la tercera edad de 65 a 75 años en la Casa de Descanso María Elena Ramírez de Lozano".

Sin otro particular, quedo a su atención para cualquier comentario.

Mtra. Judith González Rodríguez
Directora Técnica Lic. Psicología
psicologia@uhh.edu.mx
153 2617 ext. 111



LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
Acuerdo CIREyTG
N° 15/13 DEL 13/VI/2012
Clave de Incorporación
8958-25

SISTEMA DIF HIDALGO
RECIBIDO
20 MAY 2019
CASA DE DESCANSO



Calle Mariano Arista No. 107 esquina con Viaducto Nuevo Hidalgo
Col. Centro. Pachuca, Hgo. C.P. 42000 Tel: (01 771) 153 2716 ext. 104 y 105
direcciongeneral@humanistahidalgo.edu.mx

www.humanistahidalgo.edu.mx

Anexo 2°: Documento de autorización para tomar fotos de la Casa de Descanso María Elena Ramírez De Lozano. Derecho reservado, la presente imagen se usa con fines ilustrativos.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: M / F

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____

NACIONALIDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____

OCUPACION: _____ RELIGION: _____

NO. EXPEDIENTE: _____

FAMILIA:

¿Familiares con quienes mantiene relación? _____

Visitas a la institución por parte de los familiares:

A. Cada semana. B. Cada mes. C. Rara vez vienen. D. Nunca.

Situación que impide mantener la relación con la familia:

A. Trabajo. B. Problemas familiares. C. Abandono. D. Otra situación.

¿Enfermedad hereditaria? _____

REDES DE APOYO:

CONDICIONES DE SALUD:

¿PADECE UNA ENFERMEDAD? _____

MEDICACION: _____

NIVEL DE ACTIVIDAD AL DÍA:

ACTIVIDAD MOTORA (GRUESA Y FINA):

Anexo 3°: Ficha de Identificación que se aplicó a cada participante. Derecho reservado, la presente imagen se usa con fines ilustrativos.

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

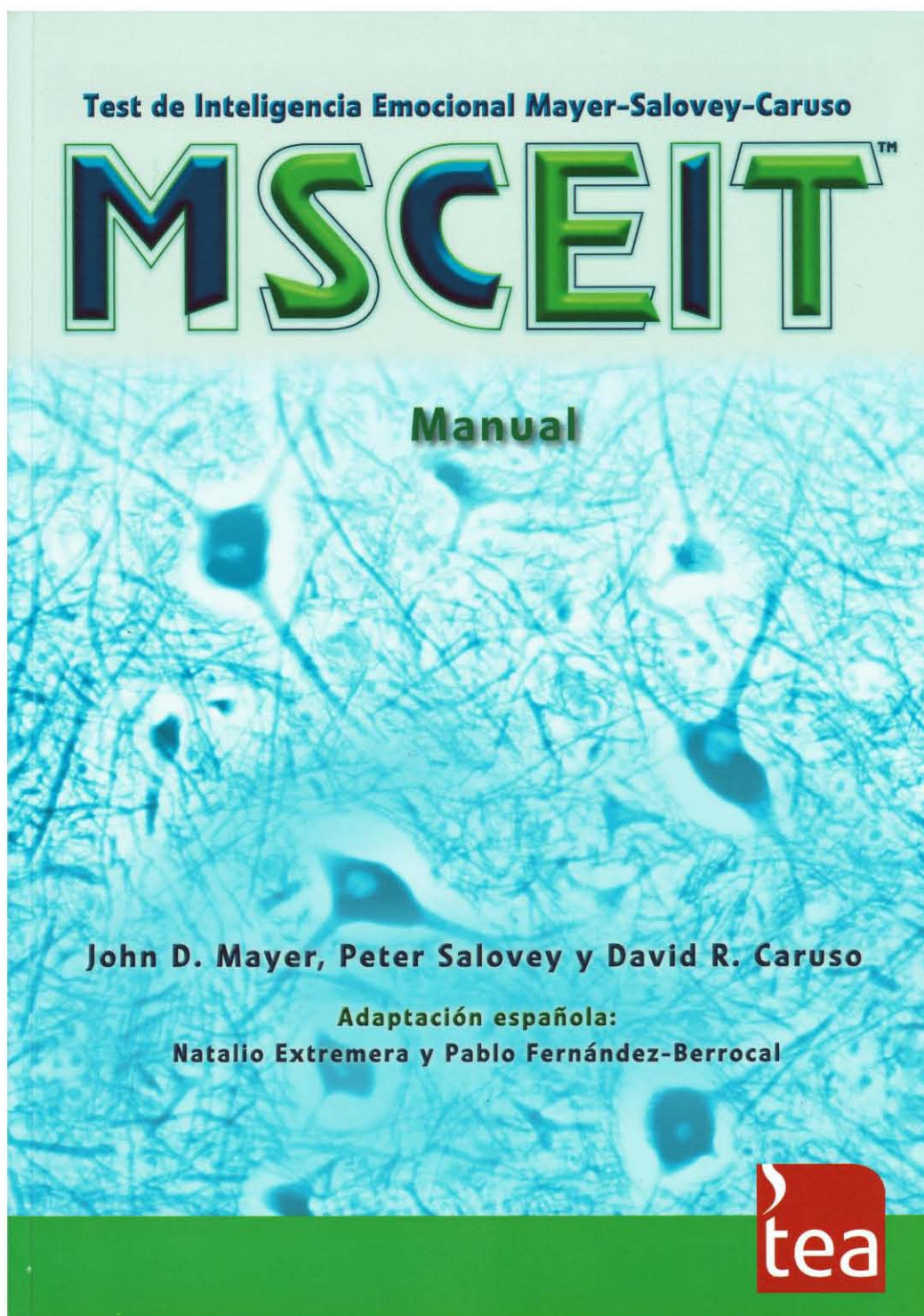
Título original: *Beck Depression Inventory* (Second edition)
 Traducido y adaptado con permiso.
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
 Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

Anexo 4°: Hoja de aplicación del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Derecho reservado, la presente imagen se usa con fines ilustrativos.



Anexo 5°: Portada del Manual de Aplicación del Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso. Derecho reservado, la presente imagen se usa con fines ilustrativos.

MSCEIT

Apellidos y nombre

Centro


Sexo V M

Edad


Fecha

CONTESTE SIEMPRE EN ESTA HOJA DE RESPUESTAS RODEANDO CON UN CÍRCULO LA OPCIÓN ELEGIDA.


Sección A

1 


1. Felicidad	1	2	3	4	5
2. Miedo	1	2	3	4	5
3. Sorpresa	1	2	3	4	5
4. Asco	1	2	3	4	5
5. Entusiasmo	1	2	3	4	5

2 

1. Felicidad	1	2	3	4	5
2. Tristeza	1	2	3	4	5
3. Miedo	1	2	3	4	5
4. Sorpresa	1	2	3	4	5
5. Entusiasmo	1	2	3	4	5

3 

1. Felicidad	1	2	3	4	5
2. Tristeza	1	2	3	4	5
3. Miedo	1	2	3	4	5
4. Sorpresa	1	2	3	4	5
5. Entusiasmo	1	2	3	4	5

4 

1. Felicidad	1	2	3	4	5
2. Tristeza	1	2	3	4	5
3. Miedo	1	2	3	4	5
4. Enojo	1	2	3	4	5
5. Asco	1	2	3	4	5

Sección C

1.	a	b	c	d	e
2.	a	b	c	d	e
3.	a	b	c	d	e
4.	a	b	c	d	e
5.	a	b	c	d	e
6.	a	b	c	d	e
7.	a	b	c	d	e
8.	a	b	c	d	e
9.	a	b	c	d	e
10.	a	b	c	d	e
11.	a	b	c	d	e
12.	a	b	c	d	e
13.	a	b	c	d	e
14.	a	b	c	d	e
15.	a	b	c	d	e
16.	a	b	c	d	e
17.	a	b	c	d	e
18.	a	b	c	d	e
19.	a	b	c	d	e
20.	a	b	c	d	e

Sección B

1

1. Fastidio	1	2	3	4	5
2. Aburrimiento	1	2	3	4	5
3. Alegría	1	2	3	4	5

2

1. Enojo	1	2	3	4	5
2. Entusiasmo	1	2	3	4	5
3. Frustración	1	2	3	4	5

3

1. Tensión	1	2	3	4	5
2. Pena	1	2	3	4	5
3. Ánimo neutral	1	2	3	4	5

4

1. Felicidad	1	2	3	4	5
2. Sorpresa	1	2	3	4	5
3. Tristeza	1	2	3	4	5

5

1. Felicidad	1	2	3	4	5
2. Ánimo neutral	1	2	3	4	5
3. Enojo y desafío	1	2	3	4	5

Sección D

1

Acción 1.	a	b	c	d	e
Acción 2.	a	b	c	d	e
Acción 3.	a	b	c	d	e
Acción 4.	a	b	c	d	e

2

Acción 1.	a	b	c	d	e
Acción 2.	a	b	c	d	e
Acción 3.	a	b	c	d	e
Acción 4.	a	b	c	d	e

3

Acción 1.	a	b	c	d	e
Acción 2.	a	b	c	d	e
Acción 3.	a	b	c	d	e
Acción 4.	a	b	c	d	e

4

Acción 1.	a	b	c	d	e
Acción 2.	a	b	c	d	e
Acción 3.	a	b	c	d	e
Acción 4.	a	b	c	d	e

5

Acción 1.	a	b	c	d	e
Acción 2.	a	b	c	d	e
Acción 3.	a	b	c	d	e
Acción 4.	a	b	c	d	e


Sección E

1 

1. Felicidad	1	2	3	4	5
2. Tristeza	1	2	3	4	5
3. Miedo	1	2	3	4	5
4. Enojo	1	2	3	4	5
5. Asco	1	2	3	4	5

2 

1. Tristeza	1	2	3	4	5
2. Enojo	1	2	3	4	5
3. Sorpresa	1	2	3	4	5
4. Asco	1	2	3	4	5
5. Entusiasmo	1	2	3	4	5

3 

1. Felicidad	1	2	3	4	5
2. Miedo	1	2	3	4	5
3. Enojo	1	2	3	4	5
4. Sorpresa	1	2	3	4	5
5. Asco	1	2	3	4	5

4 

1. Tristeza	1	2	3	4	5
2. Miedo	1	2	3	4	5
3. Enojo	1	2	3	4	5
4. Sorpresa	1	2	3	4	5
5. Asco	1	2	3	4	5

5 

1. Felicidad	1	2	3	4	5
2. Tristeza	1	2	3	4	5
3. Miedo	1	2	3	4	5
4. Enojo	1	2	3	4	5
5. Asco	1	2	3	4	5

6 

1. Felicidad	1	2	3	4	5
2. Tristeza	1	2	3	4	5
3. Enojo	1	2	3	4	5
4. Sorpresa	1	2	3	4	5
5. Asco	1	2	3	4	5

Sección F

1

1. Frio	1	2	3	4	5
2. Azul	1	2	3	4	5
3. Dulce	1	2	3	4	5

2

1. Cálido	1	2	3	4	5
2. Púrpura	1	2	3	4	5
3. Salado	1	2	3	4	5

3

1. Desafiado	1	2	3	4	5
2. Aislado	1	2	3	4	5
3. Sorprendido	1	2	3	4	5

4

1. Entusiasmado	1	2	3	4	5
2. Celoso	1	2	3	4	5
3. Asustado	1	2	3	4	5

5

1. Triste	1	2	3	4	5
2. Contento	1	2	3	4	5
3. Calmado	1	2	3	4	5

Sección G

1.	a	b	c	d	e
2.	a	b	c	d	e
3.	a	b	c	d	e
4.	a	b	c	d	e
5.	a	b	c	d	e
6.	a	b	c	d	e
7.	a	b	c	d	e
8.	a	b	c	d	e
9.	a	b	c	d	e
10.	a	b	c	d	e
11.	a	b	c	d	e
12.	a	b	c	d	e

Sección H

1

Respuesta 1.	a	b	c	d	e
Respuesta 2.	a	b	c	d	e
Respuesta 3.	a	b	c	d	e

2

Respuesta 1.	a	b	c	d	e
Respuesta 2.	a	b	c	d	e
Respuesta 3.	a	b	c	d	e

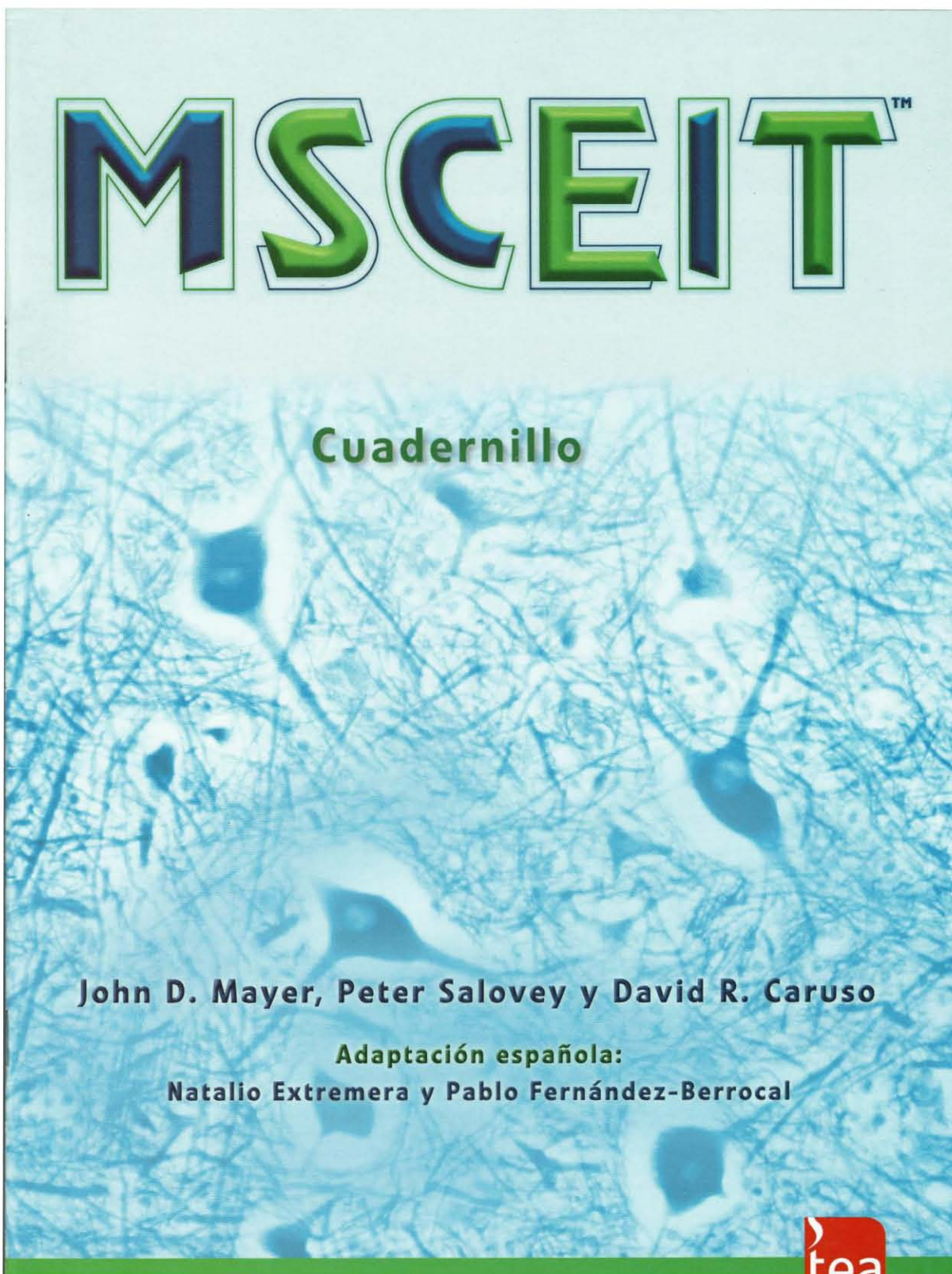
3

Respuesta 1.	a	b	c	d	e
Respuesta 2.	a	b	c	d	e
Respuesta 3.	a	b	c	d	e



Copyright © 2009 by TEA Ediciones, S.A.U. Adaptado y publicado con permiso de Multi-Health Systems Inc. Printed in Spain. Impreso en España.

Anexo 6°: Hoja de Aplicación. Derecho reservado, la presente imagen se usa con fines ilustrativos. Derecho reservado, la presente imagen se usa con fines ilustrativos.



Anexo 7°: Cuaderno de Aplicación. Derecho reservado, la presente imagen se usa con fines ilustrativos.



Anexo 8°: Lugar donde se llevó a cabo el estudio. Derecho reservado, la presente imagen se usa con fines ilustrativos.