



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

TRABAJO DE TITULACIÓN

Título

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES, CASA
HOGAR VIRGEN DEL CARMEN, CHAMBO, 2018

Autoras:

Jenny Alexandra Pino Vela
Mónica Carolina Samaniego Zhunio

Tutor:

Mgs. César Eduardo Ponce Guerra

Riobamba – Ecuador

Año 2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

Msg. César Eduardo Ponce Guerra, docente de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

CERTIFICO

Haber asesorado y revisado el informe final del Proyecto de Investigación titulado “INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES, CASA HOGAR VIRGEN DEL CARMEN, CHAMBO, 2018”, realizado por las Srtas. Jenny Alexandra Pino Vela, portadora de la cedula 070383309-5 y Mónica Carolina Samaniego Zhunio, portadora de la cedula 190046422-1, el mismo que cumple con los parámetros establecidos por la institución.

En tal virtud autorizo que sean presentados en la respectiva defensa ante el tribunal.



.....
Msg: César Eduardo Ponce Guerra
TUTOR

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del Proyecto de Investigación con el título: “INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES, CASA HOGAR VIRGEN DEL CARMEN, CHAMBO, 2018”, presentado por las Srtas. Jenny Alexandra Pino Vela y Mónica Carolina Samaniego Zhunio y dirigida por el PsC.CL César Eduardo Ponce Mgs. Una vez revisado el informe final del proyecto de Investigación con fines de graduación y verificado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remiten el presente para uso y custodia en la biblioteca de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Por constancia de lo expuesto firman:

Mgs. César Ponce

Tutor



Firma

Mgs. Alejandra Sarmiento

Miembro del Tribunal



Firma

Dra. Isabel Cando

Miembro del tribunal



Firma

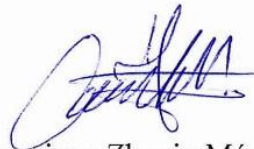
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo y contenido de este proyecto de investigación y graduación pertenecen únicamente a: Pino Vela Jenny Alexandra y Samaniego Zhunio Mónica Carolina, dirigido por el Ps.CL. César Eduardo Ponce Guerra Mgs y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Pino Vela Jenny Alexandra

C.I. 070383309-5



Samaniego Zhunio Mónica Carolina

C.I. 190046422-1

AGRADECIMIENTO

*“La eterna juventud no la busques fuera
De ti, búscala dentro de ti”*

José Miguel Miranda

Agradezco a nuestro señor padre todo poderoso por todas las bendiciones que he recibido cada día de mi existencia. A mi madre Jaqueline Vela quien ha sido el pilar fundamental en el transcurso de mi carrera, con su amor y fuerza ha logrado que supere todos los obstáculos. A mi esposo Paolo Arévalo quien con su cariño y dedicación ha sido mi apoyo incondicional para dar este paso importante, mi hijo Stefano Arévalo por quien he luchado y seguiré haciendo hasta los últimos días de mi vida. A mis hermanos por abrir sus corazones y permitir que mi lucha sea también de ellos. A mi padre que está en el cielo. A la Universidad Nacional de Chimborazo y docentes por ayudarnos a crecer tanto a nivel personal como profesional. A nuestro Tutor Mgs. César Ponce por ser nuestros ojos y guía en la elaboración de esta investigación. A la casa hogar Virgen del Carmen junto con la psicóloga Clínica Mayra Cando por abrir sus puertas para el desarrollo de este proyecto.

Jenny Pino Vela

*“Somos lo que hacemos día a día. De modo que la
excelencia no es un acto sino un hábito”*

Aristóteles

Este proyecto de investigación, si bien ha requerido de esfuerzo y dedicación por parte de las autoras y tutor, se hizo posible gracias a la cooperación desinteresada de todas las personas que a continuación citaré, y muchas de ellas, han sido mi soporte en situaciones de difíciles en mi vida. Primero, mi profundo y sentido agradecimiento a mi madre Teresa, por siempre velar mi bienestar y fortalecer mi corazón y mente. A mí amada hija Sabina por ser siempre mi mayor motivación para superarme, por ser una niña independiente, segura, feliz y por enseñarme el lado más hermoso de la vida. A mi hermana Sofía por su tenacidad, apoyo y alegría que me dan fortalezas para continuar adelante. A los Coordinadores de la Casa Hogar Virgen del Carmen, por su confianza al permitirnos realizar este proyecto. De igual forma al Mgs. César Ponce por guiarnos con conocimientos científicos al desarrollo de esta investigación.

Mónica Samaniego

DEDICATORIA

*“Llena de vida tus años y no importe
Cuantos tengas”*

Douglas Mc Arthur

Quiero dedicar este trabajo fruto de mi esfuerzo a mi madre quien ha sido padre y madre durante todos estos años, a pesar de la distancia con sus consejos y sabiduría ha hecho de mi un ser generoso con virtudes y defectos. A mi esposo e hijo quienes confiaron plenamente y supieron dar amor y confianza en cada paso que daba durante esta preparación académica. A mis hermanos quienes caminaron junto a mí en las alegrías y tristezas para lograr cumplir con éxito este sueño hecho realidad. Por último a mi padre que desde el cielo me cuida y protege, sé que todos estarán orgullosos por haber culminado una etapa más de mi vida académica.

Jenny Pino Vela

*“El estudio sublimiza, enaltece y dignifica; es la
Ciencia la que indica los medios de progresar”*

Matilde Hidalgo de Procel

Llena de satisfacción dedico esta investigación a mi madre quien con mucho esfuerzo, sacrificio y tenacidad creyó en mis capacidades y me dio su apoyo incondicional. Con todo mi amor y cariño, dedico también a mi hija que a pesar de su corta edad supo comprender el por qué no estuve presente en muchas fechas importantes, por ser mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día más y poder culminar mi carrera Universitaria.

Mónica Samaniego

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR	II
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL	III
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
OBJETIVOS	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos	6
ESTADO DEL ARTE	7
Antecedentes de la investigación:	7
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
Inteligencia emocional	9
Antecedentes de la inteligencia emocional	9
Conceptos de inteligencia emocional.....	10
Componentes de la inteligencia emocional.....	10
El alcance y beneficios de la inteligencia emocional.....	11
Emociones.....	11
Conceptos de emoción	12
Tipos de emociones	12
Componentes de la respuesta emocional	13
Neuroanatomía de las emociones.....	14
Terapia basada en inteligencia emocional	14
Emociones que intervienen en la terapia emocional.....	15
Depresión.....	16
Conceptos.....	17
Etiología.....	17
Signos y síntomas de la depresión	18
Concepto del adulto mayor:	20
Depresión en Adultos Mayores.....	20
Factores de la depresión en los adultos mayores	22
Inteligencia emocional y depresión en adultos mayores.....	22

DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS	24
Tipo de Investigación:	26
Diseño de la Investigación:	27
Nivel de la Investigación:	27
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
Técnicas	28
Instrumentos.....	28
TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	31
RESULTADOS	31
PLAN DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICO BASADO EN INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	36
Modelo plan terapéutico basado en inteligencia emocional	37
DISCUSIÓN.....	39
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Componente atención por género.....	29
Tabla 2. Componente de claridad por género.....	29
Tabla 3. Componente de reparación género	29
Tabla 4. Puntuación nivel de depresión por género.....	30
Tabla 5. Total de la muestra de adultos mayores por género	31
Tabla 6. Rango de edad	31
Tabla 7. Resultados del componente atención por genero	32
Tabla 8. Resultados del componente claridad por genero	33
Tabla 9. Resultados del componente reparación por genero	34
Tabla 10.Resultados Nivel depresión por género.....	35

RESUMEN

El presente proyecto de investigación se realizó en la Casa Hogar “Virgen del Carmen” Chambo, el objetivo principal fue analizar la inteligencia emocional y la depresión en adultos mayores. El estudio tiene un diseño transversal, nivel descriptivo de tipo bibliográfico y documental, la población fue de 20 historiales clínicos de los adultos mayores, quienes fueron evaluados por la psicóloga clínica de la institución, el instrumento utilizado para registrar los datos cuantitativos de la escala inteligencia emocional TMMS-24 y la escala de depresión geriátrica Yesavage fue una guía de observación de documentos. Entre los resultados más relevantes encontrados fueron que el 100% de hombres y el 83% de mujeres de la escala de inteligencia emocional deben mejorar su atención, en la dimensión de claridad emocional el 62% del género masculino deben mejorar su claridad. En la escala de depresión geriátrica el 83% de mujeres presentó depresión leve y el 25% de hombres depresión establecida. El análisis de las dos variables demostró que la depresión está asociada con bajos niveles de inteligencia emocional, lo cual es un factor de riesgo para que el adulto mayor desarrolle sintomatología depresiva, en base a los resultados encontrados las investigadoras plantearon un plan de intervención terapéutico para potenciar las dimensiones de inteligencia emocional en adultos mayores y por ende disminuir la sintomatología depresiva.

Palabras claves: inteligencia emocional, depresión geriátrica, adultez mayor

ABSTRACT

The present research project was carried out in the "Virgen del Carmen" home for the elderly located in Chambo, the main objective was to analyze emotional intelligence and depression in older adults. The study has a transversal design, descriptive level of bibliographic and documentary type, the population was of 20 clinical records of the elderly, who were evaluated by the clinical psychologist of the institution, the instrument used to record the quantitative data of the scale of emotional intelligence TMMS-24 and Yesavage's geriatric depression scale was a document observation guide. Among the most relevant results found were that 100% of men and 83% of women of the emotional intelligence scale should improve their attention, in the dimension of emotional clarity 62% of the male gender should improve their clarity. In the geriatric depression scale, 83% of women had mild depression and 25% of men had established depression. The analysis of the two variables showed that depression is associated with low levels of emotional intelligence, which is a risk factor for the older adult to develop depressive symptomatology, based on the results found, the researchers proposed a therapeutic intervention plan for enhance the dimensions of emotional intelligence in older adults and therefore reduce depressive symptomatology.

Keywords: emotional intelligence, geriatric depression, adulthood


Reviewed by: Barriga, Johanna
Linguistic Competences Professor



INTRODUCCIÓN

El envejecimiento y las enfermedades emocionales de las personas de la tercera edad han sido temas de interés para muchos investigadores, dando importancia al manejo positivo de las emociones en los adultos mayores, entendiendo que éste juega un papel importante en la vida cotidiana de dicho grupo etario. En la adultez mayor se presentan trastornos del estado ánimo que consisten en periodos prolongados de tristeza y júbilo excesivo que interfieren en la funcionalidad normal del ser humano, quienes por diferentes circunstancias como el abandono familiar, el deterioro físico, mental y un inadecuado manejo de la inteligencia emocional son susceptibles a desencadenar sintomatología depresiva. Estas alteraciones emocionales producen cambios a nivel cognitivo, fisiológico y comportamental. Es así que el presente estudio analiza las dimensiones de Inteligencia Emocional y los niveles de la depresión en Adultos Mayores de la Casa Hogar “Virgen del Carmen” Chambo, 2018. Se conoce que los beneficios de quienes practican la inteligencia emocional tienen un alcance positivo a nivel psicológico y físico lo que provoca satisfacción con la vida (De la Serna, 2017, p. 8).

El trabajo de investigación está compuesto por la introducción al estudio, planteamiento del problema donde se describe la problemática del presente estudio, de igual manera la justificación permite respaldar la viabilidad y factibilidad del proyecto, el objetivo general y los objetivos específicos con los que se pretende alcanzar el propósito del presente trabajo. Posteriormente se fundamenta teóricamente las variables del estudio basada en teorías, autores y expertos en la temática, después se especifica los términos básicos fundamentales para la comprensión del trabajo, continuando con la metodología donde se muestra el tipo de investigación, el diseño y nivel de la investigación. Se detalla la población que conformo esta investigación, seguido de estos contenidos, se indica las técnicas e instrumentos con las que se obtuvo información de los pacientes. Posterior a esto se describe las técnicas para procesamiento e interpretación de datos, que pone en conocimiento tanto los resultados que arrojó el estudio como la discusión con la cual se pretende explicar las dimensiones de la inteligencia emocional y los niveles de depresión en adultos mayores. Para finalizar se da a conocer las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos utilizados en la investigación. En consecuencia, el trabajo pretende dejar un antecedente en la temática abordada para profundizar otras teorías en posteriores estudios académicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La inteligencia emocional permite un control entre los sentimientos y emociones hacia nosotros mismos y los demás de una manera adecuada, cuando este se ve afectado puede presentar una amenaza tanto a nivel físico como mental del adulto mayor. Cuando las personas mayores institucionalizadas se enfrentan a acontecimientos negativos inevitables e ineludibles por ejemplo el abandono de sus familiares, sentimientos de minusvalía y culpabilidad experimentan sintomatología depresiva, por lo tanto el entrenamiento en la inteligencia emocional podría tener un efecto beneficioso sobre la disminución de esta sintomatología, por eso es necesario contar con herramientas propias de una regulación emocional efectiva (Pérez, Molero, Gásquez y Soler, 2014, pp. 332, 333). En cuanto a las emociones y la adultez mayor Bernarás, Garaigordobil y de las Cuevas (2011) advierten la escasez de trabajos relacionados con la inteligencia emocional en la vejez a pesar del interés que despierta el estudio de las emociones. “Tradicionalmente el estudio de la adultez mayor se ha direccionado hacia los procesos del deterioro cognitivo” (Citado en Pérez et al., 2014, p. 330).

La Organización Mundial de la Salud (2017), indica que los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales. Más de un 20% de las personas que pasan los 60 años sufren algún trastorno mental o neural, como demencia y depresión que a escala mundial afecta aproximadamente entre el 5% y 7%, en consecuencia, a ello en América Latina y el Caribe afecta al 5% de la población adulta, por lo que debe ser atendida y apoyada tanto a nivel social como psicológico (Organización Mundial de la Salud, 2017). En España se encontraron estudios relacionados con esta investigación, donde sugieren que altos niveles de competencia emocional de los adultos mayores pueden protegerlos contra los síntomas depresivos. De igual forma la investigación realizada en Estados Unidos por Inglese (2012) indicó que bajos niveles de inteligencia emocional es un precedente significativo para desarrollar sintomatología depresiva.

Asimismo, la OMS (2017), manifiesta que Ecuador es el undécimo país con más casos de depresión en Latinoamérica, equivalente al 4,6% de la población, siendo las mujeres las más afectadas. De acuerdo con la estadística del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) muestra que el número de atención ambulatoria se triplica al de los hombres. Los datos del año 2015 alcanzan un total de 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y

definitivo por depresión, lo que corresponde a 36.361 mujeres y 13.748 a hombres. En la ciudad de Quito existe una prevalencia del episodio depresivo mayor del 13.4% (por 100 habitantes adultos en 12 meses), muy por encima de la media de la región que es el 4.9%, siendo este trastorno el más atendido después de la violencia y el maltrato (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Por otra parte, en el Hospital Geriátrico Dr. Bolívar Arguello de la ciudad de Riobamba se registra en el sistema de datos (EPI 2) del Ministerio de Salud Pública que 396 adultos mayores fueron atendidos por el área de psicología clínica desde el mes de enero hasta octubre de 2018, diagnosticando 70 adultos mayores con depresión. En el Centro Gerontológico Residencial del Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) de Chambo, en lo que corresponde al 2018 residen un total de 34 adultos mayores, de los cuales la psicóloga clínica Ximena Falconí profesional de la institución refiere que 23 personas están diagnosticadas con depresión de acuerdo a los resultados del test de Yesavage, adaptado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).

Según la psicóloga clínica Mayra Cando refiere que la problemática presentada en la casa hogar “Virgen del Carmen” en el cantón Chambo se debe a que los adultos mayores presentan sintomatología depresiva como: sentimientos de inutilidad, culpa por el abandono de sus familiares, pérdida de interés, falta de concentración, cansancio, tristeza y baja autoestima. Estos síntomas están asociados al manejo inadecuado de las emociones, la profesional ha evaluado a los pacientes con instrumentos psicométricos dirigidos a detectar los niveles de depresión, así como las dimensiones de inteligencia emocional.

Por lo expuesto, las investigadoras analizan las dimensiones de inteligencia emocional (Atención, claridad y reparación emocional) y niveles de depresión en adultos mayores debido a la importancia que genera el estudio de las emociones y como éstas influyen en la toma de decisiones en situaciones concretas durante la adultez mayor. Mencionar que en esta etapa de la vida la depresión se ha convertido en una problemática a nivel mundial tal como se menciona anteriormente en los datos estadísticos.

JUSTIFICACIÓN

La inteligencia emocional involucra un manejo adecuado de las emociones además de establecer un buen indicador de bienestar psicológico en las personas, lo que suscita la eficacia en cuanto a las relaciones interpersonales a pesar de posibles frustraciones que se puedan presentar en los adultos mayores institucionalizados, así mismo su grado de dominio resulta decisivo en el bienestar de estas personas. Lo ideal es que una persona con alto nivel de inteligencia emocional trate sus emociones de manera eficiente, es decir, con claridad, atención y reparación. De este modo el paciente resuelve los desafíos que se presentan en su vida cotidiana, pues la inteligencia emocional constituye un factor de protección que genera estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes lo que favorecerá a poseer un mayor ajuste psicológico generando una adecuada salud mental (Martínez, Piqueras, Inglés, 2010, p. 23).

Las personas mayores al no poseer niveles altos de inteligencia emocional son propensas a desarrollar sintomatología depresiva, ya que en la mayoría de casos son abandonados por sus familiares desarrollando un estado de ánimo depresivo, disminución en la concentración, pérdida de deseo sexual, pérdida de placer y otros síntomas o trastornos mentales. En la adultez mayor al recibir un entrenamiento adecuado en inteligencia emocional disminuirá los síntomas depresivos alcanzando un equilibrio congruente con sus emociones, cognición y conducta. Es importante señalar que la depresión no es una parte normal del envejecimiento, por tal razón este trabajo pretende demostrar que la inteligencia emocional es un factor de protección ante el desarrollo de sintomatología depresiva.

Este trabajo se fundamenta en las categorías establecidas por Hernández, Fernández y Baptista (2014). Siendo *conveniencia* que busca explorar el posible vínculo de la inteligencia emocional sobre la depresión, por lo que pretende dejar una línea base para el desarrollo de futuras investigaciones. Continuando con las categorías propuestas por los autores esta la *relevancia social* que contribuye a la Casa Hogar Virgen del Carmen, Chambo con la propuesta de un plan de intervención terapéutico con el propósito de potenciar las dimensiones de inteligencia emocional en los adultos mayores, en donde puedan sentir, expresar, comprender y regular sus estados emocionales de forma adecuada. Cabe recalcar que dicho plan de intervención queda a consideración de los profesionales y coordinadores de la casa hogar, ya sea para llevarlo a cabo o realizar modificaciones de

acuerdo a las necesidades que presenten. Por otra parte, el *valor teórico* en Ecuador acerca de investigaciones sobre inteligencia emocional y la vejez son escasas, de tal forma que el presente estudio resulta pionero al aportar información clave sobre la temática. A su vez favorece a la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud para futuras investigaciones. Siendo los beneficiarios directos de este trabajo de investigación los adultos mayores institucionalizados, familiares, profesionales tratantes y sociedad en general. Por último, la *utilidad metodológica de* la investigación parte del análisis de la inteligencia emocional y la depresión en adultos mayores, utilizando una metodología que permita explorar y regular las emociones logrando un equilibrio entre cognición y conducta (p. 40).

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar la inteligencia emocional y depresión en Adultos Mayores de la Casa Hogar “Virgen del Carmen” Chambo, 2018.

Objetivos Específicos

- Identificar las dimensiones de la Inteligencia Emocional en los adultos mayores de la Casa Hogar “Virgen del Carmen” Chambo, 2018.
- Determinar los niveles de Depresión que presentan los adultos mayores de la Casa Hogar “Virgen del Carmen” Chambo, 2018.
- Proponer un plan de intervención para potenciar las dimensiones de la inteligencia emocional en los en adultos mayores de la Casa Hogar “Virgen del Carmen” Chambo, 2018.

ESTADO DEL ARTE

Antecedentes de la investigación:

Mediante la revisión bibliográfica se ha podido encontrar los siguientes estudios con respecto a las variables propuestas en la investigación.

Luque, (2016), investigan la **Inteligencia emocional y síntomas depresivos en ancianos institucionalizados españoles: ¿la autoeficacia emocional actúa como mediador?** Estudio realizado por el departamento de Psicología, Universidad de Jaén (España) la cual manifiesta: la relación entre la inteligencia emocional (IE) y la sintomatología depresiva en adultos mayores institucionalizados, considerando que la evidencia previa de la variación de la relación IE y depresión depende de si se evalúa la capacidad emocional o la percepción de esa capacidad, se probó un modelo de mediación múltiple en el que las dimensiones de la autoeficacia emocional (ESE) actúan como mediadores en la relación entre la capacidad IE y la sintomatología depresiva. La muestra estuvo conformada por 115 adultos mayores institucionalizados que completaron una prueba de ESE, una medida de la capacidad de IE y un cuestionario auto administrado de síntomas depresivos. Los resultados mostraron una asociación positiva entre el desempeño emocional de los adultos mayores y la sintomatología depresiva, encontrando asociaciones más fuertes con la ESE que con las habilidades de la IE, los análisis de mediación múltiple mostraron que dos de las cuatro dimensiones de ESE mediaron completamente la relación entre la capacidad de IE y los síntomas depresivos. Estos hallazgos sugieren que altos niveles de competencia emocional de los adultos mayores generan un sentimiento de ESE que puede protegerlos contra los síntomas depresivos. Este trabajo apoya la validez predictiva de las habilidades emocionales y la ESE para la salud mental de un grupo que es particularmente vulnerable a la depresión (p. 1).

Inglese (2012) investigadora de la Universidad de Walden, Estados Unidos, aborda el tema “**Inteligencia emocional como un predictor de la depresión de la última etapa de la vida en adultos mayores independientes**” La muestra estuvo formada por 106 adultos de 65 a 90 años independientes masculinos y femeninos con educación, nivel socioeconómico y estado civil diferentes. Esta investigación indicó que la inteligencia emocional es un precedente significativo de la depresión. Igualmente, la (IE) puede ayudar a identificar a las personas mayores con alto riesgo de depresión y puede proporcionar la base para una opción no farmacológica para el tratamiento de la depresión en la vida tardía.

Por tal motivo ayuda a detener la creciente crisis de salud debido a una sociedad que envejece. Los resultados obtenidos indicaron que los bajos niveles de inteligencia emocional es un predictor en la depresión (p. 22).

Borda, Anaya, Pertuz, Romero, Suárez y Suárez García (2013) en la investigación acerca de la **“Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo”** tiene como objetivo establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 a 95 años de centros de cuidado geriátrico de la ciudad de Barranquilla. En la investigación participaron 66 adultos mayores en el cual aplicaron la encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los investigadores concluyen que la depresión está en un tercio de la población institucionalizada, este estudio afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a 1 salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos (p. 64).

Yambo Zambrano y Vélez Morales (2017) en su tesis **“Talleres psicoeducativos para el desarrollo de la Inteligencia Emocional en los adultos mayores usuarios de la Fundación NURTAC Durán”** en un subtema de inteligencia emocional en Ecuador refieren una escasa realización de talleres en cuanto a inteligencia emocional en la última etapa del ciclo vital y exponen que en Ecuador existen dos programas que desarrollan la Inteligencia emocional, uno de ellos es Sadhaka trabaja desde el 2006 compartiendo talleres, conferencia y entrenamiento para todas las etapas del desarrollo en especial al adulto mayor. Por otra parte, en el 2016 el plan de intervención en función del diagnóstico de la población evaluada en centros de atención y visitas domiciliarias de la Fundación “NURTAC”. En las sesiones se planificó el desarrollo del tema inteligencia emocional y la conceptualización de la misma, desde sus componentes. Concluyen su tesis identificando la aplicabilidad de los componentes de la inteligencia emocional (TMMS-24) según las entrevistas narradas por los adultos mayores y por cambios de actitudes observables, sobre todo en el relacionamiento con sus pares a más de ellos aclararon los conceptos básicos sobre la inteligencia emocional en donde muchos adultos mayores presentaban dudas (pp. 17, 18).

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Inteligencia emocional

Dentro del campo de la psicología se estudia la inteligencia emocional que en sus inicios fue propuesta por Salovey y Mayer en el año 1990 y difundida por Goleman en 1996. El estudio de la inteligencia emocional ha causado interés en varios investigadores debido a que un manejo adecuado de las emociones se convierte en un factor de protección para evitar la aparición de sintomatología depresiva, se investigó la historia y la teoría de la inteligencia emocional que a continuación se describe.

Antecedentes de la inteligencia emocional

Charles Darwin fue el primero que empezó a utilizar el concepto de inteligencia emocional señalando la importancia de la expresión emocional, para 1920 Thorndike propuso “la inteligencia social a partir de la ley del efecto, antecesor de hoy conocida inteligencia emocional. Este autor establece también la inteligencia abstracta y mecánica. En el año de 1993, Gardner menciona que lo cognitivo solo es una parte de la inteligencia planteando que existen ocho inteligencias. En años posteriores existieron otras reformulaciones e investigaciones acerca de la inteligencia llegando a la interrogante de ¿Por qué hay personas que se adaptan mejor que otras a diferentes situaciones de la vida diaria?. Llegando a la comprensión de las emociones y como el buen manejo de las mismas nos permite adaptarnos a diversas situaciones de la vida de forma equilibrada (Trujillo y Rivas, 2015, p. 4).

El término de inteligencia emocional fue acuñado por Jack Mayer y Peter Salovey en el año de 1990. Posteriormente el término inteligencia emocional se popularizó por el libro de Daniel Goleman, el cual apareció en 1996. Y, para 1997 enunciaron que la inteligencia emocional involucra: la capacidad de percibir de manera precisa, valorar y expresar emociones; la capacidad de acceder o generar sentimientos cuando facilitan el pensamiento; la capacidad de entender emociones y conocimiento emocional; la capacidad de regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual (Mortiboys, 2016, pp. 29, 30). Para comprender la teoría a continuación se cita los conceptos de inteligencia emocional según los autores más representativos de esta teoría.

Conceptos de inteligencia emocional

Los autores Mayer, Salovey y Caruso (2004) refieren que la inteligencia emocional comprende que el manejo adecuado de las emociones, incluye reconocer y etiquetar con claridad las emociones en uno mismo y en los demás, existiendo una congruencia entre los pensamientos, sentimientos y exteriorización de los mismos dando como resultado una conducta acorde a sus pensamientos. El manejo emocional contiene la capacidad de reparar, regular y emplear la emoción y a la toma de decisiones lo que implica un crecimiento emocional y personal (Citado en Inglese, 2012, pp. 17, 18).

Uno de los principales autores Goleman (1995) describe a la inteligencia emocional como un conjunto de destrezas, actitudes, habilidades y competencias que determinan el pensamiento y por ende la forma de actuar ante diversas situaciones de las personas. Define entonces a la inteligencia emocional como: “la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones”. Años más tarde Goleman modifica esta definición entendiendo a la inteligencia emocional como: “la capacidad para reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarse y gestionar la emocionalidad en nosotros mismos y en las relaciones interpersonales” (Citado en García y Giménez, 2010, p. 3). La inteligencia emocional abarca una serie de componentes que sustentan los siguientes párrafos.

Componentes de la inteligencia emocional

Daniel Goleman manifiesta que cada uno de los componentes de inteligencia emocional puede ser trabajado para lograr un equilibrio emocional, con el pasar de los años el autor ha publicado varias actualizaciones que continuación se describe:

El autor Goleman, (2003), define las siguientes habilidades:

Autoconocimiento emocional (o autoconciencia emocional): Se refiere al conocimiento y reconocimiento de nuestros propios sentimientos y como estos nos influyen, es decir es la capacidad de reconocer una emoción o sentimiento en el mismo momento en el que aparece. La importancia de reconocer nuestras emociones reside en el hecho de que a partir de allí podemos controlarlas, pudiendo modificar los estados de ánimo desfavorables; ***Autocontrol***

emocional (o auto regulación): Permite reflexionar y dominar los sentimientos o emociones, consiste en saber detectar las dinámicas emocionales, cuales son breves y cuales son duraderas y adecuarlas al momento y a las circunstancias; **Automotivación:** permite enfocar las emociones hacia objetivos y metas motivándose a uno mismo para llegar a metas que benefician y dejar atrás obstáculos injustificados. Las emociones impulsan a la acción, por este motivo la emoción y motivación están relacionadas; **Reconocimiento de emociones en los demás (o empatía):** Son relaciones interpersonales que se fundamentan en la correcta interpretación de las señales que expresan los demás de forma inconsciente expresadas de forma no verbal. La empatía se construye desde la conciencia de uno mismo, cuanto más abiertos estamos a nuestras propias emociones, más hábiles seremos para interpretar los propios sentimientos. Conocer lo que afecta a los demás y de qué modo lo hace ayuda a establecer vínculos más estrechos, duraderos, con los que nos relacionamos; **Relaciones interpersonales (o habilidades sociales):** Es la capacidad de controlar las relaciones sociales manteniendo nuestra habilidad para crear y mantener relaciones, reconocer conflictos y solucionarlos, encontrar tono adecuado en cada momento y percibir los estados de ánimo de los demás (Citado en Maureira, 2018, p. 68-69).

El alcance y beneficios de la inteligencia emocional

Las emociones según López (2015) influyen en todas las esferas del ser humano, pueden afectar a la salud provocando cambios a nivel fisiológico generando trastornos somáticos, tiene alcances también en el trabajo incitando un equilibrio para desarrollar habilidades de liderazgo. Los beneficios de practicar la inteligencia emocional influyen principalmente en cuatro campos: **psicológico** incrementa la conciencia, aumentando el bienestar psicológico, además de favorecer un equilibrio emocional; en el nivel **físico** facilita un buen estado de salud, presenta una reacción positiva al estrés y a la tensión; en la **motivación de logro** mejora el rendimiento laboral aumentando la motivación y entusiasmo; en el nivel **social** mejora la empatía y las habilidades de índole social y fomenta las relaciones armoniosas. Aquellas personas con un adecuado manejo en las habilidades emocionales están capacitadas para tener vidas felices y experimentar el éxito (pp. 71, 72).

Emociones

Es necesario dar a conocer los y características de las emociones, pues como se puede observar el desarrollo de la inteligencia emocional implica un entrenamiento adecuado de

las emociones, de igual forma en la terapia basada en inteligencia emocional están las emociones básicas y a partir de éstas se generan las demás. Por lo tanto, el entrenamiento de las emociones nos ayuda a comunicarnos alcanzando un ajuste psicológico que tendrá un impacto en todas las esferas del ser humano.

Conceptos de emoción

El diccionario conciso de psicología American Psychological Association, (2010) define a la emoción como:

Un patrón complejo de reacción que incluye elementos experienciales tanto conductuales como fisiológicos, por medio de los cuáles la persona intenta lidiar con una cuestión o suceso personalmente significativo. La cualidad específica de la emoción es determinada por la relevancia específica del evento. Por ejemplo, si la trascendencia implica amenaza, es probable que se genere miedo; si involucra desaprobación de los demás, es probable que se genere vergüenza. La emoción por lo general implica *sentimiento*, pero difiere de este por tener un compromiso manifiesto o implícito en el mundo (p. 165).

La palabra emoción viene del latín e+movere que significa “lo que nos mueve hacia” o lo que “nos mueve a” la emoción entonces es un proceso complejo que generan respuestas de acuerdo a las experiencias vividas. A esto Martin y Mora (2010) agregan tres dimensiones que componen las emociones y son: 1) fisiológica por los componentes somáticos, 2) social porque que las situaciones o experiencias son intrapersonales e interpersonales, también porque los estímulos que las desencadena son de índole social y 3) una dimensión cognitiva por que las emociones son interpretadas. Por lo tanto, se concibe a las emociones como funciones biológicas del sistema nervioso que generaran respuestas tanto de situaciones internas como externas (López, 2015, p. 54). Existen diferentes tipos de emociones que a continuación se detallan.

Tipos de emociones

Para López (2015) menciona que en la actualidad no existe un criterio único por parte de teóricos acerca de la categorización de las emociones, sin embargo, la mayoría de ellos afirman la existencia de: *Emociones primarias o básicas*, poseen una expresión facial determinada y son reconocidas en todas las culturas del mundo; *Emociones secundarias*, son

las más complejas ya que son desarrolladas por el propio individuo de manera innata; como último *Emociones sociales*, son de gran importancia debido a la condición social del hombre (Citado en López 2015, pp. 63, 64).

Otros autores como Goleman (1996) y Bisquerra (2000) clasifican a las emociones en: Negativas, positivas o ambiguas, éstas de acuerdo al grado en que las emociones afectan al comportamiento del sujeto; así clasifican a las emociones como *Emociones negativas*: ira, tristeza, miedo, ansiedad, vergüenza. *Emociones positivas*: sorpresa, esperanza, compasión y *Emociones estéticas* producidas por la expresión artística. Adicionalmente el autor Ramos et al., (2009) indica que la mayoría de los autores asumen a las emociones básicas como procesos relacionados con la adaptación y evolución que tienen un sustrato neural innato, universal y un estado afectivo y cognitivo (Citado en López 2015, p. 67). Cada emoción o tipo de emoción descrita anteriormente cumple una función que se expone con mayor detalle.

Componentes de la respuesta emocional

Carretero (2015) menciona que cualquier emoción se exterioriza por tres niveles: fisiológico, conductual y cognitivo, las cuales se describe a continuación:

Nivel fisiológico: son respuestas involuntarias como la respiración, el tono muscular, la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea, secreciones hormonales entre otros. Estos procesos conllevan cambios en el sistema nervioso central y autónomo y también cambios neuroendocrinos y neuromoduladores (Carretero 2015, p. 67).

Nivel Cognitivo: se trata del procesamiento de la información, contiene los procesos a nivel consciente e inconsciente que influye de manera directa e indirecta en nuestra vivencia subjetiva. Esa vivencia es lo que hace que cada sujeto valore un determinado estado emocional y sea capaz de reconocer y etiquetar la emoción experimentada (Carretero 2015, p. 67).

Nivel conductual: aquí se incluyen las expresiones faciales, movimientos corporales, tono de voz, volumen, postura, entre otros, vienen a ser el resultado conductual de diferentes emociones siendo muy importante ya que juega un papel comunicativo, la expresión facial dota de una información más fiable y es la única que no necesita de un contexto y puede ser

interpretada como emocional independientemente de la situación con cierta garantía de autenticidad. Dicha expresión cumple con una función social y comunicativa siendo determinantes en la comunicación e interpretación interpersonal (Carretero 2015, p. 68).

Neuroanatomía de las emociones

En cuanto al funcionamiento y biología de las emociones, para entender el proceso emocional es necesario comprender el fundamento general del cerebro explicando que toda la información sensorial es conducida desde los sentidos hacia la corteza cerebral pasando por el tálamo quien es el encargado de retransmitir la información que ingresa mediante los órganos de los sentidos hacia la corteza cerebral. El tálamo está conectado con la amígdala, esta a su vez se encarga de integrar las emociones con sus patrones provocando una respuesta a nivel fisiológico; la amígdala activa la secreción de noradrenalina, neurotransmisor u hormona del estado de alerta cerebral, tanto la noradrenalina como la amígdala están relacionadas por una sola vía nerviosa rápida de una sola sinapsis lo que posibilita que la amígdala responda antes que el neo córtex, esto podría indicar el dominio de las emociones sobre nuestra voluntad. Otra estructura implicada es el hipocampo, éste es el encargado de la memorización de experiencias y la recuperación del recuerdo; finalmente el lóbulo prefrontal es el modulador de las respuestas de la amígdala y responsable de una respuesta emocional (Sánchez, 2010, p. 71). Las emociones como se ha mencionado en párrafos anteriores intervienen en la terapia basada en la inteligencia emocional, la cual se describe a continuación.

Terapia basada en inteligencia emocional

La terapia basada en inteligencia emocional se define como una “terapia humanista e integradora que tiene como principal objetivo potenciar las dimensiones emocionales. (Lizeretti, 2012, p. 51). Se concibe a esta terapia como un proceso de descubrimiento - redescubrimiento de las propias capacidades, así también como un proceso de aprendizaje y desarrollo ya que la inteligencia emocional se puede aprender y potenciarla. La terapia en inteligencia emocional se basa en el modelo de habilidades de Mayer y Salovey, desarrollada en 1997, conforman las habilidades en cuatro niveles:

1. Percibir con precisión, evaluar y expresar las emociones.
2. Acceder o generar sentimientos cuando facilitan el pensamiento.

3. Entender la emoción y el conocimiento emocional.
4. Regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual.

Es necesario que se cumplan todos los niveles de acuerdo a su complejidad ya que no se podría acceder la habilidad de regulación emocional, sin haber asumido las anteriores, puesto que el cuarto nivel indica un mayor nivel de inteligencia emocional.

La terapia basada en inteligencia emocional parte de encontrar el problema a partir de tres supuestos: a) las emociones están presentes y se pueden identificar en todas las experiencias humanas; b) la personalidad configura la base que da sentido a cualquier experiencia humana, es decir que de acuerdo a su construcción el sujeto tiene la capacidad de decidir, discernir o elegir de tomar una acción o dar respuesta a la experiencia o estímulo por lo que esté pasando y c) toda experiencia humana supone un proceso en el que pueden identificarse una serie de facetas que completan un todo (Lizeretti, 2012, p 79). La inteligencia emocional se basa en el control, manejo y regulación de las emociones del ser humano, a continuación se explica las emociones que intervienen en la terapia emocional.

Emociones que intervienen en la terapia emocional

Según Lizeretti (2012) menciona que las emociones básicas y la culpa se involucran en el tratamiento basado en inteligencia emocional, pues refiere que éstas se centran en el desarrollo de las habilidades alrededor de estas emociones (p. 120).

El **miedo**: se activa cuando el estímulo es valorado consciente o inconsciente por la persona como una amenaza física, psíquica o social. La experiencia subjetiva que genera son sentimientos de malestar, preocupación, recelo, tensión, aprensión, desasosiego y pérdida de control. La respuesta fisiológica: se da por un incremento de la epinefrina que origina la activación del sistema nervioso autónomo. Luego se produce la taquicardia, aumentos de la presión arterial, sequedad de la boca y sudoración (Lizeretti, 2012, p. 122).

La **tristeza** se relaciona fundamentalmente con la pérdida de una persona u objeto. Aunque para que esta se pueda dar, la pérdida no tiene por qué ser irreversible o permanente. La experiencia subjetiva que desencadena esta emoción son: pena, desánimo, melancolía, desaliento, aflicción. La respuesta fisiológica tiene efecto en forma de elevación moderada de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, etc. A nivel conductual y expresivo se da una

apatía motora, el abandono de actividades y la pérdida de interés son algunas de las expresiones más evidentes, en ocasiones puede haber ausencia de preparación para acción (Lizeretti, 2012, p. 123).

La **rabia** dispone al cuerpo ante situaciones que simbolizan ofensa, desprecio o injusticia y esta intensamente presente en todas las especies por su utilidad adaptativa. La experiencia subjetiva que produce son sentimientos de irritación, enojo, furia e ira comúnmente acompañados de obnubilación, incapacidad para la realización adecuada de los procesos cognitivos. A nivel psicológico está involucrado con la autoprotección y la aparición de conductas de defensa o agresión y las complicaciones en su regulación pueden tener resultados negativos para la salud y bienestar del sujeto. La respuesta fisiológica origina un acrecentamiento de la frecuencia cardiaca, aumento de la presión arterial (Lizeretti, 2012, p. 124).

La **alegría** tiene como función mantener o recuperar el equilibrio y el bienestar, la función adaptativa reside en la cancelación de tensión acumulada y la vinculación afectiva. Beneficia el equilibrio entre mente y cuerpo que recobramos del estrés y la tensión diaria, pero sobre todo favorece a la recuperación del equilibrio tras emociones desagradables. Incluso se expresa sin ser sentida puede facilitar la interacción social. La respuesta fisiológica, cuando es aquietada, induce una desaceleración de la frecuencia cardiaca y activación de la sonrisa; en cambio cuando es exaltada provoca un incremento en la frecuencia cardiaca y tensión muscular (Lizeretti, 2012, p. 124).

La **culpa** es una de las emociones complejas, surge con más periodicidad en los pacientes que solicitan psicoterapia. En la culpa la inquietud primordial procede de una conducta específica, la cual puede crear sufrimiento. La culpa tiene funciones de regulación de la motivación social, ya que estimula conductas pro sociales, de anticipación y prevención, de coherencia y prudencia en las relaciones interpersonales (Lizeretti, 2012, p. 125).

Depresión

La depresión ha sido ampliamente estudiada por varios autores y cada uno de ellos concuerdan y afirman la importancia que tiene en el estado de ánimo de las personas, ya que

existe una sensibilidad extrema para percibir eventos negativos o displacenteros (Cerquera Córdoba y Mélenz Merchán, 2010, p. 34).

Conceptos

Desde la terapia cognitiva de la depresión de Beck (1979) refiere que la depresión se centra en la visión negativa de la persona acerca de sí mismo, su futuro, y aquellas experiencias de un modo idiosincrático, llegando a desvalorizarse a creer que son inútiles, son criticados, marginados, se sienten derrotados, sus interpretaciones y experiencias direccionan en una forma negativa, a esto se le llama la tríada cognitiva de Beck (p. 20).

Según el manual CIE-10 (1992) la depresión es un trastorno del estado de ánimo por lo general el enfermo que la padece sufre de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de su vitalidad, cansancio exagerado, retardo psicomotor, insomnio, hipersomnio, pérdida o aumento de peso, sentimientos de culpa, pérdida de confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, disminución de las funciones psíquicas entre otros (Citado en Ibor, 1992, p. 152, 153).

Etiología

Existe una variedad de causas por la que puede aparecer este trastorno depresivo en las personas, varios estudios han demostrado los siguientes orígenes:

Factores bioquímicos: Según Turkington (1995) define que la depresión se produce cuando el cerebro no dispone de suficientes neurotransmisores o cuando estos por alguna razón no pueden ligarse con los receptores, es importante aumentar los niveles de serotonina en el cerebro este desencadena un proceso que con el tiempo puede ayudar a muchos individuos deprimidos a sentirse mejor (citado en García, 2012, p. 191).

Factores psicológicos: la muerte de un familiar o pérdida de un ser querido (duelo), traumas ligados al pasado durante la infancia esto puede dejar huellas imborrables, disfunciones familiares, estrés postraumático, maltrato en sus formas de violencia como física, sexual y psicológica estos tienen efectos dolorosos, en la mayoría de los casos de depresión la represión es un mecanismo de negación ante estos acontecimientos estresantes ligados al sufrimiento (García, 2012, p. 193).

Factores psicosociales: uno de los estresores de gran importancia es el grupo social como es la competitividad, el desempeño académico, hostilidad a la vida, problemas relacionados en la niñez, adolescencia y juventud, consumo de drogas, amistades tóxicas, inestabilidad económica, limitado en educación, separación de los padres, estos son factores de vulnerabilidad en la sociedad, lo que genera trastornos mentales de mayor prevalencia (Londoño, Marín, Juárez y Palacio, 2010, p. 3).

Factores genéticos: se manifiesta a través de la madre hacia su hijo, la madre del depresivo con frecuencia repite una conducta que también mostró su propia madre, prevalece el trastorno entre sus miembros lo cual hay un riesgo alto de padecer depresión y esto aumenta en familiares de primer grado, se refiere a padres y hermanos con un 50% de genes compartidos, así como la disminución de las hormonas serotonina, dopamina, norepinefrina o noradrenalina están vinculadas con la depresión y estos pueden ser heredados (Hernández, Marañón y Mato, 2016, p. 2).

Signos y síntomas de la depresión

A continuación, se describe los signos y síntomas de la depresión basados en (Riveros, Hernández, y Rivera, 2011).

- a) **El estado de ánimo:** es el cambio de humor, la persona empieza con el distanciamiento, se vuelve irritable, serio, aislado, poco tolerante, tienen pensamientos irracionales como si solo a él le ocurriera todas las cosas malas, el estado de ánimo puede variar constantemente a lo largo del día, estas personas pueden notar que hay una parte del día en que se sienten más tristes y vulnerables lo que les produce llanto (Riveros et al., 2011).
- b) **La pérdida del interés:** puede ser por situaciones o actividades que anteriormente le producían placer, la persona ya no se interesa por las actividades que le gustaba hacer, esto se debe a que ya no disfruta el efectuar esas actividades o que estas se le dificultan poner en marcha lo que tendría como resultado una actividad desagradable, podemos manifestar la dificultad que tienen estas personas a la hora de interactuar con los demás (Riveros et al., 2011, p. 12).
- c) **Los Sentimientos de culpa:** es más frecuente en el deprimido, ya que estas personas pueden sentirse culpables por cosas que hicieron o que dejaron en el pasado, por lo

que pueden pensar que el estar deprimido es una forma de castigo hacia ellos, “pueden llegar a tener ideas delirantes, (ideas fuera de juicio de realidad), de que están pagando no solo por sus culpas, si no las culpas de alguien más o que están expiando los pecados de tal grupo de seres imaginarios” (Riveros et al., 2011).

- d) **La ideación suicida:** son pensamientos suicidas o preocupaciones que tienen las personas por el suicidio, a menudo como síntoma de un episodio depresivo mayor, la mayor parte de estos casos de ideación suicida no progresan hasta convertirse en un intento de suicidio (Núñez y Ortiz, 2010). Como menciona la autora Licas (2014) la ideación suicida puede ir desde un pensamiento vago de morir hasta un plan estratégico que culmine con la muerte (p. 36).
- e) **El insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión:** la manifestación de sueño insuficiente o poco restaurador, en el caso de los enfermos deprimidos la forma más típica que se presenta es el insomnio de la última hora a este se le llama insomnio terminal o tardío, una vez que se despierta es incapaz de volver a dormir es allí donde inicia con una serie de pensamientos pesimistas de impotencia. Mientras que en otros casos pueden tener insomnio inicial donde la persona es incapaz de iniciar el sueño por más de 30 minutos en su horario acostumbrado, o insomnio terminal donde se presenta fragmentación del sueño con despertares de más de 20 o 30 minutos o levantarse de la cama sin saber que hacer durante ese tiempo. Sin embargo, puede haber algunas personas que, en vez de presentar una disminución en la calidad y cantidad del sueño, presentan un exceso de sueño a lo que se le llama hipersomnia (Riveros et al., 2011).
- f) **La disminución de energía:** se presenta en las personas es donde empieza la dificultad para moverse, asearse, arreglarse en si para realizar sus actividades cotidianas, aquí es donde requieren de un gran esfuerzo para salir a trabajar ya que únicamente desean solo estar acostados, otro de los síntomas es la disminución del habla empiezan con lentitud e incluso mueven solo la cabeza para responder (Riveros et al., 2011, p. 4).
- g) **La agitación psicomotriz y ansiedad psíquica:** como señala Riveros (2011) estas dos manifestaciones se pueden presentar en la depresión, donde existe un elemento sintomático ansioso. Aquí se evalúa el estado de agitación psicomotriz ejemplo, como el paciente mueve las manos y los pies en una forma inquieta, como toca su cabello exageradamente entre otras, la persona empieza a manifestar su intranquilidad puede mostrarse agitado y nervioso (p. 4).

- h) **Los malestares físicos:** presentan una serie de malestares pero estos pueden llegar a ser severos como: dispepsias, cefaleas náusea, boca seca, sensación de ahogos, malestares musculares y suspiros excesivos entre otros (Riveros et al., 2011, p. 5).
- i) **Las alteraciones del apetito:** se presenta con variaciones en el peso en unas personas se podrá observar una disminución mientras que en otras un aumento de peso, no en todos los individuos se genera un solo síntoma (Licas, 2014, p. 35).
- j) **La desesperanza:** como indica Licas (2014) uno de los síntomas que tiene la depresión es la desesperanza el futuro es visto como algo inseguro e incierto y sin posibilidades de tener éxito (p. 36).
- k) **La disminución del deseo sexual:** se ha notado una baja importante en el deseo sexual (libido), en el hombre se presenta la disfunción eréctil y en la mujer anorgasmia (Riveros et al., 2011, p. 5).

Concepto del adulto mayor:

La primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento fue realizada en Viena en el año de 1982, tomaron como edad lumbral los 60 años de edad y en el año de 1984 la Organización Mundial de la Salud instaura el uso del término “Adulto Mayor” este concepto hace referencia a las personas de 60 o más años de edad (Licas, 2014, p.27).

Antiguamente tenían una multiplicidad de denominaciones como viejos, senescentes, ansianos, seniles, haciendo alusión a la etapa final de la vida, actualmente se acuña el término “Adulto Mayor” (Cepal y Celade, 2007).

Depresión en Adultos Mayores

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es un trastorno mental frecuente, y este se caracteriza por la presencia de pérdida de interés, tristeza, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastorno del apetito y del sueño, falta de concentración y sensación de cansancio. Además, la depresión en el adulto mayor puede llegar a ser crónica o recurrente, si es leve se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando pasa a ser moderado o grave es necesario el medicamento y psicoterapia profesional, los médicos psiquiatras Rubén Alvarado y Macarena señalan que los adultos mayores “en sus cuadros depresivos pueden evolucionar hasta el deterioro cognitivo e incluso a demencia, a pocos años de comenzar la patología depresiva. Así como también que el antecedente de un

episodio depresivo constituye factor de riesgo para desarrollar Alzheimer” (Licas, 2014, p. 32).

Según Muhlenbrock (2011) señala que la depresión en los adultos mayores, requiere ser analizado, detallado ya que los factores asociados pueden ser tanto a nivel sintomático como mecanismos caudales, la cual puede presentar dificultades diagnosticas en cuanto a la aparición del espectro sintomático, este puede ocultarse con revelaciones físicas del deterioro progresivo de la propia edad. Mientras que Bruce (2002) menciona que “la depresión en esta población se presenta con mayor frecuencia en las mujeres viudas, pacientes con enfermedades crónicas o trastornos del sueño” (citado en Toro et., al 2014, p. 3). Además, se presenta en algunos historiales o eventos estresantes junto con el aislamiento y la dificultad en la movilidad psicomotriz.

Martínez et al., (2010) detalla que existe depresión siempre y cuando aparezca un fallo en el tono neuropsíquico, éste puede ser pasajero o perdurable, la depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor, el adulto mayor infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, inutilidad, desaliento y pérdida por las actividades cotidianas o habituales, mientras que en la depresión un poco más profunda el enfermo puede estar angustiado, temeroso, preocupado, agitado o perplejo lo que ocasiona un sufrimiento físico y emocional. Los movimientos se ejecutan lentamente, la expresión facial se caracteriza por la decepción, temor y desesperanza mientras que González (2002) describe que “la mayoría de adultos mayores conservan casi intacta sus facultades mentales; solo muy pocos demuestran deterioro en su función cognitiva, sin embargo, es un hecho que las enfermedades demenciales son más frecuentes conforme aumenta la expectativa de vida” (Canto y Castro, 2006, p. 6).

Tradicionalmente los estudios en adultos mayores se ha asociado con el deterioro cognitivo, al respecto Flores, Cervantes, González, Vega y Valle, 2012 señala que: “La depresión en los adultos mayores, es considerado como un indicador que está asociada al deterioro cognitivo y a la fragilidad del organismo, caracterizado por sensaciones de triteza inutilidad, tendencia al llanto, ánimo abatido y apatía” (p. 3).

La sintomatología depresiva en el adulto mayor se caracteriza por, la manifestación física cefaleas, dolores corporales, falta de apetito, tensión muscular entre otras, esto hace que

disminuya su desempeño en las actividades cotidianas, en el desenvolvimiento familiar y social y en su calidad de vida. En el presente trabajo se pudo observar en los adultos mayores de la Casa Hogar los síntomas anteriormente mencionados.

Factores de la depresión en los adultos mayores

Dentro de los factores tenemos los psicoeducativos, culturales y ambientales, esto puede influenciar en la aparición de este trastorno, como consecuencia del vivir solo, abandono de la familia, estar separados divorciados o viudos, no haber estado escolarizado, pobreza, entre otros. Como dicen Aguilar y Ávila (2006) los autores señalan la importancia de la depresión ya que es una “patología que se puede generar por múltiples factores acompañado de un progresivo deterioro psicosocial comórbido con enfermedades médicas comunes para la edad” (Toro et al., 2014, p. 3).

Entre los factores psicosociales de riesgo en la depresión se encuentra la presencia generalizada de necesidad de ser percibidos y escuchados, sentimientos de aislamiento social, pérdida de los roles sociales, violencia psicológica y física, problemas en la dinámica familiar, viudez, antecedentes familiares con depresión, individuos sin apoyo familiar y social (Llanes, López, Vázquez y Hernández, 2015, p. 3).

Como dice Muhlenbrock et al., (2011) se debe tener en cuenta si el adulto mayor se encuentra institucionalizado ya que este puede representar un mayor índice de depresión, este es un fenómeno asociado a factores como el tiempo de institucionalización y enfermedades de contexto clínico, el cual constituye como indicadores relacionados con un aumento de la sintomatología depresiva en los adultos mayores (citado en Toro et al., 2014, p. 4).

Inteligencia emocional y depresión en adultos mayores

La investigación realizada tuvo varias referencias bibliográficas en donde se encontró datos relacionados con la inteligencia emocional y depresión en adultos mayores, los cuales mencionan que niveles bajos de inteligencia emocional es un factor de riesgo para que desarrollen sintomatología depresiva (Extremera, Fernández, Rúaiz, y Cabello, 2006, p. 192).

En cuanto a la depresión la Organización Mundial de la Salud OMS (2015), manifiestan que para el 2020 la depresión será la segunda causa de muerte seguido de la discapacidad en el mundo. De acuerdo a estas cifras es imperioso crear medios para prevenir la depresión en donde los adultos mayores permanezcan motivados y entrenen sus emociones para lograr un equilibrio con ellos mismos y los demás y por ende para mejorar su calidad de vida.

Pérez Fuentes (2014), cita algunos cambios que acontecen en el modo de experimentar las emociones durante la vejez: a) Resulta más difícil identificar y reconocer las emociones negativas como el miedo, la tristeza o la ira. b) los adultos mayores carecen de estrategias para el control de sus emociones. c) la capacidad de integrar cognición y emoción se ve reducida, lo que hace que las estrategias de control emocional denoten cierto grado de pasividad. d) El grado en que se percibe la realidad con optimismo, así como la conciencia de complejidad emocional disminuyen a partir de los 60 años (p. 35).

Dentro de las emociones en el adulto mayor Extremera y Fernández (2010) mencionan que el componente de atención emocional de acuerdo al TMMS-24 se define como la tendencia de las personas a observar y pensar sobre sus emociones y sentimientos, valorar y examinar sus estados afectivos y centrarse y maximizar su experiencia emocional, mientras que en el componente de claridad emocional hace referencia a la habilidad de las personas para identificar, distinguir y describir las emociones que cotidianamente experimentan, como último componente la reparación emocional, se define como la creencia de la persona en su capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos, este factor está muy relacionado con el anterior, la claridad emocional, y la literatura ha mostrado sus estrechos vínculos en la recuperación de estados de ánimo, no en vano, las personas con alta capacidad de diferenciación de la experiencia emocional tienen más posibilidades de regular sus emociones (pp. 114-117).

Dentro del componente regulación emocional en la vejez (Márquez González, Fernández De Troncóniz, Montorio Cerrato y Losada Baltar (2010) menciona que el adulto mayor emplea en mayor medida la supresión emocional como estrategia de tipo paliativo y explica que esto se da por la existencia de una mayor presión social para la inhibición de la expresión emocional de estas personas (p. 620), como consecuencia de niveles bajos de la inteligencia emocional aparece la sintomatología depresiva en adultos mayores.

Al hablar de depresión en adultos mayores Orosco (2015) considera que es uno de los trastornos de mayor complejidad en la población gerontológica, ya que puede tener efectos tóxicos en la salud de las personas mayores y esto puede desencadenar un sufrimiento emocional en la última etapa de vida, es importante recalcar que los adultos mayores tienden a no pedir ayuda especializada en centros de salud mental, por eso el diagnóstico correcto de los problemas emocionales del anciano deprimido se convierte en una de las prioridades de mayor importancia (pp. 94, 95).

DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

Las siguientes definiciones de los términos básicos están sustentados por diferentes autores:

Adaptación: el término designa a la capacidad de la persona para adecuar su conducta a las características del medio en el que vive, para algunas personas este término adquiere diferentes conceptos como, acomodación, asimilación e integración y ajuste (Ander Egg, 2013, pp. 15, 16).

Adultez: período del desarrollo humano en el que se alcanza la madurez y el crecimiento físico pleno y en que ocurren ciertos cambios biológicos, cognitivos, sociales, de personalidad asociados con el envejecimiento. La adultez que empieza después de la adolescencia se divide en adultez joven de 20 a 35 años; adultez media de 36 a 64 años; adultez tardía de los 65 años en adelante la última se subdivide en ancianos jóvenes de 65 a 74; ancianos mayores de 75 a 84; ancianos de edad avanzada 85 años en adelante (Núñez y Ortiz, 2010, p. 11).

Aptitud: capacidad para adquirir competencia o habilidad por medio del entrenamiento, dentro de esta tenemos: *aptitud específica* la cual hace referencia al potencial de un área concreta ya sea artística o matemáticas; *aptitud general* es el potencial en varios campos, ambos se distinguen de la capacidad que es una competencia existente (Núñez et al., 2010, p. 41).

Cambio: proceso planificado y progresivo mediante el cual el sujeto puede alcanzar una adaptación activa a la realidad, el cambio se puede producir en todos los ámbitos, pero tiene su estructura organizada en lo social, que crean las condiciones necesarias para ello (Anaya, 2010, p. 38).

Conducta: reacción global del sujeto frente a diferentes situaciones, toda conducta es una comunicación que a su vez no puedo si no provocar una respuesta que consiste en otra conducta comunicación. Respuesta o acto observable o mensurable de manera amplia para incluir cogniciones, reacciones psicológicas y sentimientos que no pueden observarse directamente (Anaya, 2010, p. 53).

Cognición: Pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no. Según Beck en el sistema de cogniciones de las personas se puede diferenciar en sistema cognitivo maduro la cual hace referencia al proceso de información real; sistema cognitivo primitivo está es una forma de pensamiento; deterioro cognoscitivo relacionado con la edad, demostrado objetivamente a causa de la edad (Anaya, 2010, pp. 45, 46).

Habilidades: Capacidad de actuar que se desarrolla gracias al aprendizaje, al ejercicio y a la experiencia (Anaya, 2010, p. 134).

Habilidades sociales: se trata de un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. Las habilidades sociales son esenciales para obtener dos tipos de objetivos: 1) Afectivos: conseguir relaciones satisfactorias con los parientes y con los demás, estableciendo amistades y relaciones amorosas y 2) Instrumentales: permiten llevar a cabo actividades exitosas en la comunidad (Anaya, 2010, p. 134).

Sentimiento: experiencia fenomenológica autocontenida, los sentimientos son subjetivos evaluados e independientes de la modalidad sensoria de las sensaciones, pensamientos o imágenes que los provocan. Son inevitablemente evaluados como agradables o desagradables. Los sentimientos difieren de las emociones en el hecho de que son puramente

mentales, mientras que las emociones están diseñadas para interactuar con el mundo (Núñez et al., 2010, p. 460).

Regulación emocional: capacidad de un individuo para modular una emoción o conjunto de emociones. Las técnicas de regulación emocional pueden incluir aprender a interpretar las situaciones de manera diferente para manejarlas mejor y reconocer cómo pueden usarse diferentes conductas frente a un determinado estado emocional (Núñez et al., 2010, p. 441).

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación:

Documental: Este es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales ya existentes, éstas pueden ser impresas audiovisuales o fuentes electrónicas como documentos en internet páginas web, publicaciones periódicas en línea, diarios, revistas también tenemos publicaciones no periódicas en línea como son los libros, tesis, entrevistas entre otros, el propósito de esta investigación es suministrar nuevos aportes a la investigación que se va a realizar (Arias, 2006, p. 27). La investigación es tipo documental debido a que se elaboro mediante la revisión de los expedientes clínicos de las personas que son parte de la poblacion, dentro de dichos expedientes se encontraron los resultados de la aplicación de los reactivos psicológicos: Test de Yesavage, que es una escala de depresión geriátrica que se puede aplicar a personas a partir de 65 años de edad. Mientras que el otro reactivo es el Test TMMS – 24, mismo que contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional con 8 ítems, cada una de ellas: atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional.

Bibliográfica: proceso de búsqueda que se hace sobre todo el material obtenido para adquirir información relevante para nuevas investigaciones, según Nava (2008) establece que una investigación documental es conocida como una investigación bibliográfica, es una investigación formal, teórica, abstracta, por lo que se recoge, analiza, registra e interpreta información contenida en documentos, soportes de información registrados ya sean estos en libros, revistas, periódicos, materiales iconográficos entre otros. Ese trabajo es de tipo bibliográfico ya que se consultaron teorías del tema planteado que servirón para la

información del marco teórico, cuyo origen son textos tanto de la biblioteca física y virtual de la Unach como información electrónica en repositorios y bases de datos científicos de diversas fuentes.

Diseño de la Investigación:

Transversal: recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010, p.151). La investigación es de carácter transversal porque se realizó en un periodo definido, desde mes de Julio a Noviembre de 2018. Lo cual permitió describir y analizar los datos con respecto a las variables de estudio como son la inteligencia emocional y la depresión.

Nivel de la Investigación:

Descriptiva: Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández et al., 2010, p. 78). Por medio de la investigación realizada se describe la situación de las variables de estudio y la importancia de la inteligencia emocional en la depresión en los adultos mayores de la Casa Hogar Virgen del Carmen Chambo.

Población

La población para este trabajo quedó constituida por 20 historiales clínicos de adultos mayores, que permitió recolectar datos relevantes de los reactivos de inteligencia emocional TMMS-24 y depresión geriátrica Yesavage. Los test fueron aplicados por la psicóloga clínica de la Casa Hogar.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo del trabajo se utilizó la técnica de revisión de documentos, accediendo a la información pertinente de los historiales clínicos que reposan en la casa hogar virgen del Carmen. Los instrumentos utilizados para el análisis fueron la guía de revisión de documentos, que permitió recolectar datos relevantes de los reactivos TMMS-24 y Yesavage aplicados por la profesional de salud mental de la institución, se pudo identificar los componentes de la inteligencia emocional y determinar los niveles de depresión.

Técnicas

Revisión de documentos: es una técnica de la investigación, hace una retrospectiva del tema en cuestión y permite hacer comparaciones o relaciones entre las categorías definidas en la investigación, para plantear conclusiones respecto al desarrollo del tema investigado desde la mirada de los documentos, recogida de la evidencia, archivos, cuestionarios, bases de datos, contexto físico real. (Villareal Larrinaga y Landeta Rodríguez, 2010, p. 47). En la casa hogar se revisaron los documentos que pertenecen a los adultos mayores, de esa manera se pudo realizar el análisis correspondiente de acuerdo a los objetivos planteados.

Instrumentos

Guía de revisión de documentos: Para esta investigación se utilizó dicho documento mediante una guía estructurada que permitió recolectar datos de edad, sexo y resultados de los test suministrados por la psicóloga clínica de la institución que reposan en las historias clínicas de la Casa Hogar de los adultos mayores. Las escalas tanto de inteligencia emocional como la de depresión geriátrica se detallan en los siguientes literales.

a) Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24

Originalmente la *escala de inteligencia emocional* fue creada por Mayer y Salovey en 1995, posteriormente Fernández y Berrocal (2004) generaron en España una versión reducida y traducida al castellano de 24 ítems llamado El TMMS-24, es la escala más utilizada en los estudios desarrollados en la población de habla hispana (Citado en Carretero, 2015, p. 92).

El TMMS-24 está dirigido a estudiar la inteligencia emocional en base a 3 componentes:
1.-atención a las emociones, se refiere a la conciencia que tenemos de nuestras emociones,

la capacidad para reconocer nuestros sentimientos y saber lo que significa. 2.- claridad emocional, se describe a la facultad para conocer y comprender las emociones, sabiendo distinguir entre ellas atendiendo cómo evolucionan e integrándolas en nuestro pensamiento y 3.- reparación emocional, esta tiene la capacidad de regular y controlar las emociones positivas y negativas (Taramuel Villacreces y Zapata Achi, 2017, p. 166).

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los componentes, se suma los ítems del 1 al 8 para atención emocional, los ítems del 9 al 16 para claridad emocional y del 17 al 24 para reparación de las emociones. (Fernández et al, 2004). Para determinar los componentes: Atención, Claridad y Reparación; se consideraron los rangos por sexos establecidos por Fernández y Berrocal (2004), para lo cual se asumió:

Tabla 1. Puntuaciones del componente atención por género

Puntuaciones Hombres	Puntuaciones Mujeres
Debe mejorar su percepción: presta poca atención 21 ≤	Debe mejorar su percepción: presta poca atención 24 ≤
Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención. ≥ 33	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención ≥ 36

Tabla 2. Puntuaciones del componente de claridad por género

Puntuaciones Hombres	Puntuaciones Mujeres
Debe mejorar su claridad ≤ 25	Debe mejorar su claridad ≤ 23
Adecuada claridad 26 a 35	Adecuada claridad 24 A 34
Excelente claridad ≥ 36	Excelente claridad ≥ 35

Tabla 3. Puntuaciones del componente de reparación por género

Puntuaciones Hombres	Puntuaciones Mujeres
Debe mejorar su reparación ≤ 23	Debe mejorar su reparación ≤ 23
Adecuada reparación 24 a 35	Adecuada reparación 24 a 34
Excelente reparación ≥ 36	Excelente reparación ≥ 35

b) Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Fue creada por, Yesavage, Brink, Lun, Heer Sena, Adey y Rose, ha sido aprobada y utilizada en la población de adultos mayores, en el año de 1986, los autores anteriormente mencionados crearon un cuestionario corto de 15 ítems con un patrón de respuestas (sí o no), las respuestas correctas afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo, además esta escala mide el nivel de depresión presente en el adulto mayor a partir de 65 años en adelante. Para determinar los niveles de depresión y discriminar de forma eficaz, rápida y fiable si existe o no un trastorno depresivo, se consideraron los rangos normales, leves y establecidos y puntuaciones definidos por Yesavage et al., En adultos mayores con demencia, hay dificultad para valorar los resultados ya que con frecuencia no recuerdan bien como se sintieron la semana anterior (Gómez y Campo, 2011, p. 738).

Tabla 4. Puntuaciones nivel de depresión

Nivel de depresión	Resultados	Puntuación
Normal	Se considera un resultado normal	0-5
Depresión Leve	Sugestivos de probable depresión	6-9
Depresión Establecida	Se considera una depresión de moderada a grave (de acuerdo a los criterios de observación clínica y CIE-10)	10 más

TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Los resultados obtenidos fueron analizados mediante estadística básica en el programa Excel 2013 e interpretados a través de tablas. Posteriormente se realizó la discusión y se finalizó con las recomendaciones y conclusiones de la investigación.

RESULTADOS

En este apartado se presenta los resultados de los análisis estadísticos realizados con la población estudiada, según la edad, sexo, los componentes de inteligencia emocional de la escala TMMS-24, la escala de depresión geriátrica Yesavage de los participantes.

Tabla 5. Total de la población de adultos mayores por género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	8	40%
Femenino	12	60%
Total	20	100%

Fuente: Historias clínicas de adultos mayores de la Casa Hogar Virgen del Carmen

Elaborado por: Jenny Pino y Mónica Samaniego, 2018

Análisis: Después de revisar y recoger la información de 20 historiales clínicos que reposan en el área de psicología de la casa hogar, se obtuvo los siguientes resultados: el 40% de la población pertenecen al género masculino mientras el 60% pertenecen al género femenino.

Tabla 6. Rango de edad

Edad	Nº Adultos Mayores	Porcentaje
65 a 80 años	9	45%
83 a 88 años	11	55%
Total	20	100%

Fuente: Historias clínicas de adultos mayores de la Casa Hogar Virgen del Carmen.

Elaborado por: Jenny Pino y Mónica Samaniego, 2018

Análisis: Cómo se evidencio de acuerdo al rango de edad, el 45% fluctúan entre los 65 y los 80 años de edad, y el 55% corresponden a los adultos mayores en las edades de 83 a 88 años.

Tabla 7. Resultados del componente atención por género

Atención	Género						
	Puntuaciones		Masculino		Femenino		
				Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Presta poca atención	H ≤ 21	M ≤ 24		8	100%	10	83%
Adecuada atención	H 22 a 32	M 25 a 35		0	0%	2	17%
Presta demasiada atención	H ≥ 33	M ≥ 36		0	0%	0	0%
Total				8	100%	12	100%

Fuente: Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24 por Fernández y Berrocal 2004. Test aplicado a los adultos mayores por la psicóloga de la “Casa Hogar Virgen del Carmen”

Elaborado por: Jenny Pino y Mónica Samaniego, 2018

Análisis: la tabla se ha dividido en tres dimensiones: presta poca atención, adecuada atención y presta demasiada atención, de los resultados obtenidos se evidenció que el 100% del género masculino presta poca atención, en adecuada y demasiada atención se observa un equivalente del 0%. En relación al género femenino, tomando en consideración las tres dimensiones, el 83% presta poca atención, mientras que el 17% tiene adecuada atención, el 0% corresponde a la dimensión presta demasiada atención. Dichos resultados indicaron que la mayoría no son capaces de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada.

Por los datos obtenidos en el análisis se puede constatar que el índice de poca atención tanto en el género masculino como en el género femenino mostraron que la mayoría no tienden a observar y pensar sobre sus emociones y sentimientos, dichos porcentajes se da como consecuencia que en la vejez según Martínez (2017) aumentan las dificultades en el reconocimiento de las emociones ya sean por factores biológicos, psicológicos o sociales, menciona también que en la vejez disminuye la intensidad de la experiencia emocional, además se producen sesgos de atención hacia la información emocional significativa en personas mayores (p. 20). Sin embargo, hubo una diferencia mínima en este estudio. Al respecto, Fernández Berrocal y Extremera (2009) afirman que existen diferencias entre hombres y mujeres en lo que refiere a la vida afectiva, en la casa hogar se pudo observar que las mujeres son más emocionales y afectivas que los hombres ya que a ellos les cuesta expresar sus sentimientos y reprimen sus emociones, suelen pensar que su fuerza se encuentra en el carácter y poder que en sus emociones y sentimientos, por otra parte es

importante cambiar aquellos pensamientos y emociones así se podrá obtener una mejor actitud y lograr alcanzar los objetivos y metas que se han trazado.

Tabla 8. Resultados del componente claridad por género

Claridad	Género							
	Masculino				Femenino			
	Puntuaciones		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Debe mejorar su claridad	H ≤ 25	M ≤ 23	5	62%	5	42%		
Adecuada claridad	H 26 a 35	M 24 a 34	3	38%	7	58%		
Excelente claridad	H ≥ 36	M ≥ 35	0	0%	0	0%		
Total			8	100%	12	100%		

Fuente: Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24 versión reducida por Fernández y Berrocal 2004. Test aplicado a los adultos mayores por la psicóloga de la “Casa Hogar Virgen del Carmen”

Elaborado por: Jenny Pino y Mónica Samaniego, 2018

Análisis: se puede apreciar en la tabla, se obtuvo como resultado que el 62% del género masculino deben comprender mejor sus emociones, en la dimensión adecuada claridad el 38% comprenden bien sus estados emocionales, el 0% en la dimensión excelente claridad. En cuanto al género femenino, el 42% de adultas mayores deben mejorar su claridad emocional, mientras que el 58% tiene adecuada claridad de sus emociones y en la dimensión excelente claridad se obtuvo el 0%. En este componente se observa que la mayoría de adultos mayores del género femenino comprenden bien sus estados emocionales.

De acuerdo al resultado del análisis se evidencio que, al ser una población mayoritaria de mujeres, el 58% tienen una adecuada claridad emocional, sin embargo, en el género masculino el 38% tienen una adecuada claridad emocional, siendo capaces de comprender bien sus estados emocionales y el de los demás. Dichos resultados se dan porque los adultos mayores de la casa hogar se centran más en obtener relaciones sociales con sus pares como una forma de enfrentar los sentimientos de soledad debido al abandono de sus familiares o al hecho de vivir en la casa hogar permaneciendo lejos de sus seres queridos. En este componente existe una diferencia ya que el porcentaje menor del análisis deben mejorar su claridad emocional, es decir que este porcentaje tanto en mujeres y hombres se sienten confundidos y no comprenden bien sus estados emocionales, lo que concuerda con Extremera y Berrocal (2010) quienes señalan que las personas tanto en el género masculino y femenino con baja claridad emocional son propensas a confundir sus emociones, es más probable que realicen acciones impredecibles y a menudo problemáticas ante situaciones

emocionales. También se encuentran puntajes adecuados en dicho componente, ya que los adultos mayores durante todo el ciclo vital reúnen fortalezas y recursos, por tanto tienen una adecuada claridad emocional lo que favorece al adulto mayor en el desarrollo de la inteligencia emocional (p. 117).

Tabla 9. Resultados del componente reparación por género

Reparación	Género					
	Masculino		Frecuencia	Porcentaje	Femenino	
	Puntuaciones					Frecuencia
Debe mejorar su reparación	H \leq 23 M \leq 23		8	100%	12	100%
Adecuada reparación	H 24 a 35 M 24 a 34		0	0%	0	0%
Excelente reparación	H \geq 36 M \geq 35		0	0%	0	0%
Total			8	100%	12	100%

Fuente: Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24 versión reducida por Fernández y Berrocal 2004. Test aplicado a los adultos mayores por la psicóloga de la “Casa Hogar Virgen del Carmen”

Elaborado por: Jenny Pino y Mónica Samaniego, 2018.

Análisis: en lo que respecta al componente de reparación por género, de igual forma está compuesta en tres dimensiones: debe mejorar su reparación, adecuada reparación y excelente reparación. Se obtiene como resultado tanto en el género masculino como en el género femenino que el 100% de adultos mayores no tienen la capacidad de regular sus estados emocionales, en la dimensión adecuada reparación y excelente reparación tanto en hombre y mujeres hay un resultado del 0%.

Los resultados arrojados en este trabajo es que el 100% de los adultos mayores deben mejorar su reparación emocional, estos resultados se pueden explicar por el estado de ánimo depresivo en el que se encuentran dentro de la casa hogar que no les permite potenciar las habilidades de modulación emocional del comportamiento expresivo. Al respecto González et al., (2010) menciona que a esta edad los adultos mayores emplean en mayor medida la supresión emocional, ya que presentan un alto porcentaje de deseabilidad social producido por un decrecimiento en la afectividad negativa que se origina al percibir su plazo de vida como corto (p. 620).

Tabla 10. Resultados nivel depresión por género

Nivel de depresión	Puntuaciones	Hombres	%	Mujeres	%
No depresión	0-5	0	0%	0	0%
Depresión Leve	6 a 9	6	75%	10	83%
Depresión Establecida	10 a 15	2	25%	2	17%
TOTAL		8	100%	12	100%

Fuente: Test de Yesavage aplicado a los adultos mayores por la psicóloga clínica de la “Casa Hogar Virgen del Carmen”

Elaborado por: Jenny Pino y Mónica Samaniego, 2018.

Análisis: como se muestra en los resultados el 75% de hombres presentan depresión leve, el 25% depresión establecida, mientras que el 83% de mujeres tienen un diagnóstico de depresión leve y el 17% depresión establecida.

El total de la población estudiada presenta un diagnóstico depresivo que va desde leve hasta la depresión establecida. Estos dos niveles de depresión prevalecen por sentimientos de soledad al ser institucionalizados en la casa hogar, el no tener contacto con otras personas, en su mayoría abandonados por sus familiares o por negligencia de los mismos. Además, aparece el nido vacío, dentro de esta tenemos la muerte de su cónyuge o pareja, aquí es donde empiezan a sentir sentimientos de inutilidad, culpa por el abandono, a esa edad solo esperan la muerte. Por otra parte, aparecen las enfermedades somáticas como dolores de cabeza, quejas de no poder dormir, dolores de los huesos, se les dificulta el morder los alimentos entre otras, esto hace que el paciente se deprima. Otro factor para que estos pacientes presenten depresión se debe a que la mayoría de ellos fueron derivados por el (MIES) debido a que algunos adultos mayores se hallaban en un estado de indigencia. En cuanto a los resultados por género se observa que las mujeres tienen un riesgo más alto de padecer trastornos depresivos debido a varios factores, estos pueden ser hormonales, químicos, biológicos, ambientales, genéticos, psicológicos y sociales, estos contribuyen a que las mujeres sean más vulnerables a tener sintomatología depresiva.

PLAN DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICO BASADO EN INTELIGENCIA EMOCIONAL

Por los resultados que se obtuvieron en esta investigación, se diseñó un plan de intervención terapéutico para potenciar las dimensiones de inteligencia emocional y disminuir la sintomatología depresiva en adultos mayores, el mismo que fue adaptado a las necesidades de la población estudiada. Fue propuesto por Lizeretti en el año 2012 como terapia basada en inteligencia emocional, La autora antes mencionada tiene un doctorado en psicología y especialista en psicoterapia e inteligencia emocional, profesora asociada a la Universidad de Barcelona, Co-directora del Centro de Investigación y Desarrollo de la Inteligencia Emocional (CIDIE). Además, se tomó como referencia, el estudio de talleres psicoeducativos en la adultez mayor usuarios de la fundación NUTRAC del cantón Duran en donde demostraron la aplicabilidad de la escala de inteligencia emocional TMMS-24.

Modelo plan terapéutico basado en inteligencia emocional

Objetivo General: Desarrollar habilidades de procesamiento de la información emocional para potenciar las dimensiones de inteligencia emocional en adultos mayores.

Objetivos específicos: Regular los estados emocionales en los pacientes de forma adecuada

Lograr potenciar las habilidades emocionales a corto mediano y largo plazo.

Técnica	Objetivo	Actividades	Nº Sesiones / Tiempo	Conclusiones	Observaciones
1ª El Rosal	Identificar las emociones básicas junto con los aspectos inconscientes de la personalidad.	Se les explica a los adultos mayores que deben ponerse en una posición cómoda, se les pide que imaginen un rosal respondiendo a las siguientes preguntas: 1.- ¿Qué tipo de Rosal sería usted? 2.- ¿Dónde está creciendo? 3.- ¿Cómo son sus raíces? 4.- ¿En qué tipo de suelo está creciendo? 5.- ¿Cómo es a su alrededor y 6? - ¿Cómo usted vive siendo un rosal? Luego se les solicita que abran los ojos y proyecten por medio de un dibujo las fantasías que experimentaron.	1 / 45 min.	Se logra reflejar sus emociones inconscientes haciéndolas conscientes.	Coordinar y trabajar con la profesional y coordinadores de la Casa Hogar.
2ª La metáfora	Reconocer el síntoma y la conducta emocional que tiene el paciente.	Se les expone qué es una metáfora para que los síntomas que presentan lo conviertan en la misma, luego describen los síntomas que más les preocupa, utilizando sensaciones y situaciones de las cosas que les suceden.	2 / 45 min	Se logra exteriorizar las emociones básicas permitiendo que se integren más como grupo.	Sugerir un ambiente adecuado y apto para lograr un rapport adecuado.
3ª Auto caracterización	Determinar la emoción en torno	Se requiere que se describan en un papel en tercera persona como si fuera alguien	3 / 45 min	Facilita que se muestren sinceros dando a conocer	El tiempo es relativo ya que algunos

	a la concepción que se ha construido de uno mismo	que les conoce muy bien, como un familiar o un amigo. Después leen su auto caracterización recalando los aspectos que llaman su atención en el momento de describirse en tercera persona.		sus emociones de como ellos se perciben y como los perciben los demás.	necesitan más tiempo para escribir debido a su motricidad.
4ª La pregunta del milagro.	Lograr que los pacientes se sitúen imaginariamente en sus necesidades propias, en donde se permitan crear una historia que dé solución a sus problemas.	Se dice la consigna: “Imaginen que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se resuelven, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan cuenta de que este milagro se produce. ¿Qué cosas van a notar diferente mañana que les hagan darse cuenta de que este milagro ha sucedido?”	4 / 45 min	Se consigue reconocer las dinámicas familiares que pueden estar contribuyendo a mantener el síntoma, se obtiene estrategias de afrontamiento para lograr potenciar las habilidades emocionales.	Lograr empatía entre profesionales y participantes para que la técnica se desarrolle en su totalidad.
5ª Rincones emocionales y emociones desagradables.	Asimilación de las emociones y regulación emocional tanto de uno mismo como de los demás.	Se les ordena que ubiquen cada una de las emociones básicas como la ira, miedo, tristeza y alegría en un rincón del espacio físico, luego identifican las emociones, para esto cada persona debe recordar un evento de alto impacto emocional y luego escribe los pensamientos que el recuerdo le produce, entendiendo cuáles son las emociones que han producido dicho malestar, después la profesional guía al paciente a encontrar estrategias para regular sus emociones de una forma adecuada.	5 / 45 min	Ayuda a la toma de conciencia de las emociones para guiar al pensamiento a comprender y regular las mismas.	Permite exteriorizar las emociones desagradables mediante un pensamiento y conducta emocionalmente adecuada.

Fuente: Plan terapéutico realizado de acuerdo a la terapia basada en la inteligencia emocional de Lezeretti (2012)

Elaborado por: Jenny Pino; Mónica Samaniego.

DISCUSIÓN

Esta investigación analizó las variables de inteligencia emocional y depresión en adultos mayores de la Casa Hogar “Virgen del Carmen” Chambo, contó con una población de 20 historiales clínicos que permitió recolectar información pertinente para la elaboración de este trabajo. La profesional de salud mental de la institución aplicó varias baterías psicológicas, entre ellas la escala de inteligencia emocional TMMS-24 y la escala de depresión geriátrica Yesvage, cabe recalcar que la población estudiada no presentó deterioro cognitivo, trastornos mentales y ningún tipo de demencias.

Teniendo en cuenta los datos arrojados en la escala de Inteligencia emocional se pudo evidenciar dentro del componente de atención emocional que el 100% de hombres y el 83% de mujeres deben mejorar su atención, es decir los adultos mayores no tienden a observar y pensar sobre sus emociones y sentimientos, no valoran ni examinan sus estados afectivos, lo que coincide con el estudio realizado por Martínez (2017) el cual refiere que en la adultez mayor disminuye la intensidad de la experiencia emocional, en el componente de claridad emocional en el género masculino el 62% debe comprender mejor sus estados emocionales y de igual forma el 42% del género femenino; en el mismo componente el 38% del género masculino y el 58% del género femenino comprenden bien sus estados emocionales, esto les ayuda a desarrollar su inteligencia emocional. En esta etapa los adultos mayores se interesan más en las relaciones sociales que en adquirir conocimientos a largo plazo, como señala Extremera y Berrocal (2010) existen diferencias en la esfera afectiva entre hombres y mujeres, esto explica la diferencia de los porcentajes dentro de este componente. En el componente de reparación emocional el 100% de hombres y mujeres presentaron dificultades para regular sus estados emocionales correctamente. Como explica Gonzáles (2010) en esta etapa del ciclo vital se produce un decrecimiento de la afectividad negativa.

Los resultados expuestos anteriormente dan a conocer que los adultos mayores tienen dificultades para sentir, expresar, comprender y regular sus estados emocionales, lo que se convierte en un factor de riesgo que predispone a éstas personas a desarrollar sintomatología depresiva, dichos resultados concuerdan a lo manifestado por Luque, (2016) quien investigó la inteligencia emocional y síntomas depresivos en ancianos institucionalizados españoles. Los resultados mostraron que altos niveles de competencia emocional de los adultos mayores generan habilidades que pueden protegerlos contra los síntomas depresivos, dicho estudio

apoya la validez predictiva de las habilidades emocionales para la salud mental de un grupo que es particularmente vulnerable a la depresión.

Otra investigación que tiene relación con los resultados de este trabajo corresponde a Inglese (2012) quien abordó la inteligencia emocional como predictor de la depresión en la última etapa de la vida en adultos mayores independientes. Esta investigación mostró que la inteligencia emocional es un precedente significativo de la depresión, además puede ayudar a identificar a las personas mayores con alto riesgo de depresión y puede proporcionar una opción no farmacológica para el tratamiento de la depresión en la vida tardía. Los resultados indicaron que los bajos niveles de inteligencia emocional es un predictor para desarrollar sintomatología depresiva.

Con relación a la segunda variable, el 75% de hombres y el 83% de mujeres presentaron depresión leve, con un menor porcentaje el 25% de hombres y el 17% de mujeres presentaron depresión establecida, dichos resultados se pueden explicar debido a que los adultos mayores se encuentran institucionalizados, la mayoría de estas personas fueron abandonados por sus familiares, manifestando sentimientos de culpa por acciones pasadas, sentimientos de inutilidad por no haber logrado sus metas. Al respecto Orosco (2015) menciona que este trastorno puede ser el origen del sufrimiento emocional de las personas mayores, señala además que la depresión es considerada uno de los trastornos de mayor complejidad en la población gerontológica, ya que puede tener efectos potencialmente nocivos en la salud de una persona mayor. El resultado alcanzado en esta investigación tiene estrecha relación con el estudio de Borda et al., (2013) con el tema depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla Colombia, el cual tuvo por objetivo establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 a 95 años. Donde concluyen que la depresión está en un tercio de la población institucionalizada, de acuerdo con los resultados arrojados en esta investigación presentaron depresión leve y depresión establecida teniendo coincidencia en aspectos como, abandono de hogar, recursos económicos bajos, nivel de escolaridad escasa, concentración, ideas de minusvalía entre otros.

En relación a la propuesta del plan de intervención para potenciar las dimensiones de la inteligencia emocional en adultos mayores de la casa hogar, se tomó como referencia la terapia basada en inteligencia emocional elaborada por Lizertti (2012) y el estudio de talleres psicoeducativos para el desarrollo de la inteligencia emocional en los adultos mayores

usuarios de la Fundación NURTAC del cantón Durán realizado por Yambo y Vélez (2017), quienes identifican la aplicabilidad de los componentes de la inteligencia emocional según las entrevistas narradas por los adultos mayores y por cambios de actitudes observables, sobre todo en el relacionamiento con sus pares.

Dicho lo anterior se pudo determinar que las personas con depresión tuvieron puntuaciones bajas de inteligencia emocional, por lo cual se convierte en un factor para desarrollar sintomatología depresiva en adultos mayores. Sin embargo, estas personas institucionalizadas por la edad y experiencia a lo largo de sus vidas pueden tener puntajes límites en cuanto a la dimensión de claridad emocional, siendo capaces de sentir y expresar las emociones propias y la de otros, pero en las dimensiones de atención y reparación emocional los adultos mayores de la casa hogar presentaron dificultades, en mayor medida la supresión emocional produciendo una disminución en la afectividad.

CONCLUSIONES

- Con respecto a los niveles de inteligencia emocional y de acuerdo a los resultados, se evidenció puntuaciones bajas tanto en el género femenino y masculino en los componentes de atención y regulación emocional de la escala TMMS-24, los cuales son indicadores que los adultos mayores de la Casa Hogar “Virgen del Carmen” Chambo, presentaron dificultades en sentir y expresar sus emociones de forma adecuada. En cuanto al componente de claridad emocional hubo una diferencia en los resultados del género masculino, el 62% debe mejorar su claridad emocional, mientras que el 38% de adultos mayores presentaron una adecuada claridad emocional, en relación al género femenino dentro de este componente muestro que el 42% debe mejorar su claridad emocional y el 58% tuvo una adecuada claridad emocional. Esta diferencia se debe a que la mayoría de adultos mayores presentan una adecuada claridad debido a que en esta etapa del ciclo vital tienden a desarrollar más las relaciones sociales, reúnen fortalezas por la experiencia adquirida a lo largo de su existencia, esto permite comprender sus estados emocionales.
- Las personas residentes en la casa hogar presentan depresión leve y depresión establecida de acuerdo a la escala de Yesavage. Existen varios factores para que estas personas tengan un diagnóstico depresivo entre ellas están, el abandono de sus familias, sentimientos de inutilidad, culpa y soledad. De igual manera se demostró que la depresión está asociada con bajos niveles de inteligencia emocional, lo cual es un factor de riesgo para que el adulto mayor desarrolle sintomatología depresiva, un desarrollo integral de las emociones previene la depresión siendo este un buen predictor de la salud mental y física, facilitando el afrontamiento a la depresión y permitiendo que el componente de regulación emocional actúe como protector de la sintomatología depresiva.
- Se desarrolló un plan de intervención basado en inteligencia emocional, el cual tiene la finalidad de potenciar las habilidades emocionales de forma que el adulto mayor sea capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada comprendiendo bien sus estados emocionales para que identifiquen los aspectos positivos de la vida emocional en la vejez y se pretende que los adultos mayores bajen los niveles de depresión y puedan vivir a plenitud dentro de la casa hogar.

RECOMENDACIONES

- Evaluar semestralmente el nivel de inteligencia emocional en los adultos mayores de la Casa Hogar, estos resultados favorecerán a los profesionales de la salud mental a abrir un debate para futuras investigaciones ya que está abierta la posibilidad de ampliar estas dos variables, esto permitirá una adecuada intervención en las diferentes dimensiones de la inteligencia emocional.
- Psicoeducar a los profesionales de la salud mental y cuidadores de la casa hogar acerca de la importancia del entrenamiento en inteligencia emocional en la adultez mayor con el fin de concientizar el papel que juegan las emociones en la depresión geriátrica.
- Implementar el plan terapéutico basado en inteligencia emocional propuesto a los adultos mayores de la Casa Hogar, con el propósito fundamental de fortalecer las dimensiones de inteligencia emocional y disminuir los niveles de depresión.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychological Association. (2010). *APA. Diccionario conciso de psicología*. Editorial El Manual Moderno.
- Anaya, N. (2010). Diccionario de Psicología. En N. C. Anaya, *Diccionario* (pág. 380). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Ander Egg, E. (2013). Diccionario de Psicología. En *Diccionario de Psicología* (pág. 250). Lima-Perú: Fondo Editorial de la UIGV.
- Arias, F. G. (2006). *El Proyecto de Investigación Introducción a la Metodología Científica*. Caracas-Venezuela: Episteme, C.A.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Bilbao - España: Desclée de Brower, S. A.
- Bernarás, E. G. (2011). Inteligencia emocional y rasgos de personalidad. Influencia de la edad y el género durante la edad adulta y la vejez. *Boletín de Psicología*(103), 75-88.
- Borda, M., Anaya M., Pertuz, M., Romero, L., Suárez García, A., y Suárez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Revista Científica Salud Uninorte*, 29(1).
- Canto, H., y Castro, E. (2006). Depresión y autoestima y ansiedad en la tercera edad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 17.
- Carretero, R. (2015). *Inteligencia Emocional y Sexismo. Estudio del componente emocional del sexismo*. UNED.
- Cepal y Celade. (2007). *Estudios sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador*. Quito - Ecuador, Pichincha, Ecuador.
- Cerquera Córdoba, A. M., y Melendéz Merchán, C. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Artículo Original de Investigación Pensamiento Psicológico.*, 7(14), 63-72.
- CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. (O. M. Salud, Ed.) Castellón.
- de la Serna, J. M. (2017). *Inteligencia Emocional: Aprende a sacarle el máximo partido*. Madrid: Independently published.

- Extremera, P., y Fernández, B. (2010). *Inteligencia Emocional Percibida y Diferencias Individuales en el Meta-conocimiento de los estados emocionales: Una revisión de los estudios con el TMMS*. Malaga, España.
- Extremera, N. P., y Fernández Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional. *Redie*, 18.
- Extremera, N., Fernández Berrocal, P., Rúa Aranda, D., y Cabello, R. (2006). Inteligencia Emocional, estilos de respuesta depresión. *Ansiedad y Depresión*, 205.
- Flores, M., Cervantes, G., González, G., Vega, M., y Valle, M. (2012). Ansiedad y Depresión como indicadores de calidad de vida en Adultos Mayores. *de Psicología da IMED*, 4, 661.
- García Fernández, M., y Giménez Mas, S. I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del profesorado*, 3(6), 43-52.
- García, H. B. (2012). La Depresión: Etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 197.
- Goleman, D. (2008). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairòs, S.A.
- Goleman, D. (2012). *El cerebro y la inteligencia emocional*. Barcelona: Ediciones B.
- Gómez Angulo, C., y Campo Arias, A. (11 de 2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5). *SciELO*, 10(3), 735-743.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. D. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). Mexico: McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A de C.V.
- Hernández, M., Marañón, Q., y Mato, X. (2016). Genética de la depresión. *Universitat Autònoma de Barcelona*, 5.
- Ibor, J. J. (1992). *CIE10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Zaragoza - España: Meditor.
- Inglese, P. (2012). *Emotional intelligence as a predictor of late life depression in independent older adults*.
- Licas Torres, M. P. (2014). *Nivel de Depresión Adulto Mayor*. Tesis, Universidad Nacional de San Marcos, De Medicina, Lima - Perú. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/54216740.pdf>

- Lizeretti Pérez, N. (2012). *Terapia basada en inteligencia emocional: manual de tratamiento*. Barcelona: Milenio.
- Llanes, H., López, Y., Vázquez, J., y Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Ciencias Médicas. La Habana*, 10.
- Londoño, N., Marin, C., Juaréz, F., y Palacio, J. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma psicológica*, 10.
- López, L. (2015). *Programa para el desarrollo de la Inteligencia emocional en los conservatorios de música*.
- Luque, A. (2016). Emotional intelligence and depressive symptoms in Spanish institutionalized elders: does emotional self-efficacy act as a mediator? *PeerJ*.
- Márquez González, M., Fernández De Troncóniz, M. I., Montorio Cerrato, I., y Losada Baltar, A. (2010). *Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta a lo largo del ciclo vital: Análisis comparativo en tres grupos de edad* (Vol. 20). Oviedo, España: Psicothema.
- Martínez, A., Piqueras, J., y Ramos, V. (Septiembre de 2010). Inteligencia Emocional en la Salud Física y Mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, VIII(2), 31. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2931/293122002020.pdf>
- Maureira, F. (2018). *¿Qué es la Inteligencia?* Madrid: Bubok Publishing S.L.
- Ministerio de Salud Pública. (07 de Abril de 2017). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec>
- Mortiboys, A. (2016). *Cómo enseñar con inteligencia emocional*,. Grupo Editorial Patria.
- Nava, H. (2008). *La Investigación Jurídica. Elaboración y presentación formal del proyecto*. Maracaibo, Venezuela: Editorial de la Universidad del Zulia (Ediluz).
- Núñez Herrejón, J. L., y Ortiz Salinas, M. E. (2010). *Apa Diccionario conciso de Psicología*. México: El Manual moderno, S. A. de C. V.
- Organización Mundial de la Salud. (Diciembre de 2017). *La Salud Mental y los Adultos Mayores*. Obtenido de <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/index.html>
- Orosco, C. (2015). *Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima*. Lima, Perú: Persona.

- Pérez Fuentes, M. D. (2014). Inteligencia emocional para un envejecimiento exitoso. *Conferencia de la Universidad de Málaga* (pág. 47). Madrid : Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad .
- Pérez, D., Molero , M. D., Gázquez , J., y Soler , F. (2014). Estimulación de la Inteligencia Emocional en mayores: El Programa PECE-PM. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 329-339.
- Riveros, M., Hernández, H., y Rivera, J. (2011). Niveles de Depresión y Ansiedad en estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana. *IIPSI*.
- Sánchez, D. (2010). *Manual actualización en inteligencia emocional. Formación para el empleo*. Editorial CEP, SL.
- Taramuel Villacreces , J. A., y Zapata Achi, V. H. (2017). Aplicación del test TMMS-24 para el análisis y descripción de la Inteligencia Emocional considerando la influencia del sexo. *Publicando* , 4(11), 162-181. Obtenido de https://www.rmlconsultores.com/revista/index.php/crv/article/viewFile/518/pdf_34
- Trujillo Flores, M., y Rivas Tovar, L. A. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. *Innovar*, 15(25), 9-24.
- Toro, R., Vargas, J., Murcia, S., Gaitán, N., Umbarila , D., y Sarmiento, K. (2014). Depresión mayor en adultez tardía: factores causales y orientaciones para el tratamiento. *Vanguardia*, 7.
- Villareal Larrinaga, O., y Landeta Rodríguez , J. (27 de Mayo de 2010). El estudio de casos como metodología de investigación científica en dirección y economía de la empresa. Una aplicación a la internacionalización. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa* , 16(3), 52.
- Yambo Zambrano, Y. A., y Vélez Morales, A. N. (15 de Octubre de 2017). *Talleres psicoeducativos para el desarrollo de la Inteligencia Emocional en los Adultos Mayores usuarios de la Fundación NURTAC Duran*. Pdf

ANEXOS

ANEXO 1

Guía de observación de documentos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

GUÍA DE REVISIÓN DE DOCUMENTOS									
FECHA:									
Adultos mayores	Edad	Sexo	Escala TMMS-24			Escala de Yesavage			Resultados
			Atención	Claridad	Reparación	Normal	Leve	Establecida	
Px 1									
Px 2									
Px 3									
Px 4									
Px 5									
Px 6									
Px 7									
Px 9									
Px 10									
Px 11									
Px 12									
Px 13									
Px 14									
Px 15									
Px 16									
Px 17									
Px 18									
Px 19									
Px 20									
CONCLUSIONES:									
RECOMENDACIONES:									

ANEXO 2

Escala de inteligencia emocional TMMS-24

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

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

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

ANEXO 3

Escala de depresión geriátrica Yesavage.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁRICA DE YESAVAGE¹

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .			Total:

FIRMA DEL EVALUADOR

¹ Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986; 5:165-172.

ANEXO 4

Consentimiento informado


Riobamba, 25 de Julio de 2018

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Yo, Gonzalo Oviedo Zavala **REPRESENTANTE LEGAL DE FUNIDEC CASA HOGAR VIRGEN DEL CARMEN** doy mi consentimiento para que las investigadoras recopilen la información pertinente de los historiales clínicos de adultos mayores; El tema se denomina "INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES, CASA HOGAR VIRGEN DEL CARMEN, CHAMBO, 2018" El objetivo de la presente investigación pretende analizar la inteligencia emocional y depresión en adultos mayores, soy consciente que la participación es enteramente voluntaria. He recibido información verbal y escrita sobre el estudio mencionado. Al firmar este protocolo estoy de acuerdo y autorizo a las investigadoras del proyecto hacer uso de la información que se recogerá de manera estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Entiendo que mis representados/as pueden finalizar la participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para él/ella.

Firma 
Sr. Gonzalo Oviedo
REPRESENTANTE LEGAL
C.I: 0600442487

Firma 
Sra. Fanny Bayas
COORDINADORA
C.I: 0600148977

Fuente: Jenny Pino; Mónica Samaniego

ANEXO 5

Autorización para realizar la investigación



FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD
Carrera de Psicología Clínica

Riobamba, 25 de Julio de 2018

Sr. Gonzalo Oviedo Zavala

REPRESENTANTE LEGAL DE FUNIDEC CASA HOGAR VIRGEN DEL CARMEN

Presente. –

Por medio de la presente nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar su autorización para llevar a cabo nuestro proyecto de Investigación que tiene como Tema: “INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES, CASA HOGAR VIRGEN DEL CARMEN, CHAMBO, 2018” El proyecto de Investigación será llevado a cabo a partir del mes Julio de 2018 por las Estudiantes: Pino Vela Jenny Alexandra con C.I. 0703833095 y Samaniego Zhunio Mónica Carolina con C.I. 190046422-1.

Por lo expuesto anteriormente solicitamos a usted de la manera más comedida nos autorice trabajar los adultos mayores que residen en la Casa Hogar Virgen del Carmen, lo que permitirá alcanzar los objetivos planteados en esta investigación.

Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para su institución y que se tomarán los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades propias de la Casa Hogar Virgen del Carmen.

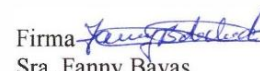
Atentamente


Mónica Samaniego
C.C.: 190046422-1


Jenny Pino
C.C.: 070383309-5

Autorizado por:

Firma 
Sr. Gonzalo Oviedo
REPRESENTANTE LEGAL
C.I.: 0600442487

Firma 
Sra. Fanny Bayas
COORDINADORA
C.I.: 0600148972

ANEXO 6

Dictamen de conformidad del proyecto de Investigación de Jenny Pino



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FORMATO DICTAMEN DE CONFORMIDAD DEL PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

1. DATOS INFORMATIVOS DOCENTE TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Apellidos y Nombres del tutor : Mgs. César Ponce
Cédula de I: 060368804-5
Apellidos y Nombres del Miembro tribunal: Cando Pilatuña Rosario Isabel
Cédula de I: 060240757-9
Apellidos y Nombres del Miembro tribunal: Sarmiento Benavides Alejandra Salomé
Cédula de I: 172021685-0

2. DATOS INFORMATIVOS ESTUDIANTES

Apellidos: Pino Vela
Nombres: Jenny Alexandra
Cédula de I.: 070383309-5
Estudiante de la carrera de: Psicología Clínica
Título del Proyecto de Investigación: Inteligencia emocional y depresión en adultos mayores. Casa hogar virgen del Carmen. Chambo, 2018

3. CONFORMIDAD PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

Aspectos	Conformidad Si/No	Observaciones
1. TITULO	Si	
2. RESUMEN	Si	
3. INTRODUCCIÓN	Si	
4. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS	Si	
5. ESTADO DEL ARTE RELACIONADO A LA TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN	Si	
6. METODOLOGÍA	Si	
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	Si	
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	Si	
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Si	
10. APÉNDICE Y ANEXOS	Si	

Fundamentado en las observaciones realizadas y el contenido presentado, SI ()/NO () es favorable el dictamen del Proyecto escrito de Investigación, obteniendo una calificación de: _____ sobre 10 puntos.


Firma Tutor


Firma de los Miembros del Tribunal

Campus Norte "Edison Riera R."
Avenida Antelmo José de Sacre Km 1.5 Vía a Guaranda
Teléfonos: (0535) 3131 90 888-ext: 35000

Campus "La Dolorosa"
Avenida Frey Ariano y 10 de Agosto
Teléfonos: (0535) 3131 301 930-ext: 30301

Campus Centro
Duchonista 17 75 y Princesa Tula
Teléfonos: (0535) 3131 90 888-ext: 35000

Campus Guano
Parícuta La Matriz, Barrio San Roque
vía a Asaco

ANEXO 7

Dictamen de conformidad del proyecto de Investigación de Mónica Samaniego



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FORMATO DICTAMEN DE CONFORMIDAD DEL PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

1. DATOS INFORMATIVOS DOCENTE TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Apellidos y Nombres del tutor : Mgs. César Ponce
Cédula de I: 060368804-5
Apellidos y Nombres del Miembro tribunal: Cando Pilatuña Rosario Isabel
Cédula de I: 060240757-9
Apellidos y Nombres del Miembro tribunal: Sarmiento Benavides Alejandra Salomé
Cédula de I: 172021685-0

2. DATOS INFORMATIVOS ESTUDIANTE

Apellidos: Samaniego Zhunio
Nombres: Mónica Carolina
Cédula de I.: 190046422-1
Estudiante de la carrera de: Psicología Clínica
Título del Proyecto de Investigación: Inteligencia emocional y depresión en adultos mayores. Casa hogar virgen del Carmen. Chambo, 2018

3. CONFORMIDAD PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

Aspectos	Conformidad Si/No	Observaciones
1. TITULO	Si	
2. RESUMEN	Si	
3. INTRODUCCIÓN	Si	
4. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS	Si	
5. ESTADO DEL ARTE RELACIONADO A LA TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN	Si	
6. METODOLOGÍA	Si	
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	Si	
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	Si	
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Si	
10. APÉNDICE Y ANEXOS	Si	

Fundamentado en las observaciones realizadas y el contenido presentado, SI ()/NO () es favorable el dictamen del Proyecto escrito de Investigación, obteniendo una calificación de: _____ sobre 10 puntos.

Firma Tutor

Firma de los Miembros del Tribunal

Campus Norte "Edison Riera R."
Avenida Antonia Ibañez de Saucedo, Km 1.5 Vía a Guarano
Teléfonos: (593) 31 37 30 880-ext. 30303

Campus "La Dolorosa"
Avenida Eloy Alfaro y 10 de Agosto
Teléfonos: (593) 31 37 30 880-ext. 30301

Campus Centro
Dársis de la 17.75 y Pírcenesa Teja
Teléfonos: (593) 31 37 30 880-ext. 35300

Campus Guano
Parroquia La Matriz, Barrio San Roque
Vía a Asajón

ANEXO 8

Certificado del reporte-análisis URKUND



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 14 de enero del 2019
Oficio N° 261-URKUND-FCS-2019

MSc. Ramiro Torres Vizuet
DIRECTOR CARRERA DE PSICOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial y atento saludo, de la manera más comedida tengo a bien remitir validación por el programa URKUND, del porcentaje de similitud del trabajo de investigación que se detalla a continuación:

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	Nombres y apellidos del tutor	% reportado por el tutor	% de validación verificado	Validación	
							Si	No
1	D-46784404	Inteligencia emocional y depresión en adultos mayores. Casa Hogar Virgen del Carmen. Chambo, 2018	Jenny Alexandra Pino Vela Mónica Carolina Samaniego Zhunio	Mgs. César Eduardo Ponce Guerra	4	4	x	

Lo cual comunico para los fines correspondientes.

Por la atención que brinden a la presente le agradezco.
Atentamente,

Dr. Carlos Gañas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH

C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RECEPCION DE DOCUMENTOS

1/1

Fecha: 16 ENE 2019 Hora: 8:24

SECRETARÍA DE ESCUELAS