

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



“LA RELACIÓN ENTRE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA Y EL GRADO DE DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA DE LA TERCERA EDAD DE ASPE QUE SUFRE ALGUNA DEPENDENCIA EN LA VIDA DIARIA”

AUTORA: CARTAGENA BERENGUER, PILAR GLORIA

Nº expediente. 759

TUTOR: ALVARO GARCIA DEL CASTILLO-LOPEZ

Departamento de Psicología de la Salud. Área de Psicología social.

Curso académico 2016 - 2017

Convocatoria de Mayo

INDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	2
1. Introducción, Hipótesis de trabajo y Objetivos.....	3
2. Material y Métodos.....	6
2.1. Participantes.....	6
2.2. Variables e instrumentos.....	6
2.3. Procedimiento.....	11
2.4. Diseño.....	11
2.5. Análisis de datos.....	12
3. Resultados.....	12
4. Discusión.....	17
5. Conclusiones.....	18
6. Anexos.....	19
7. Referencias Bibliográficas.....	34



RESUMEN

La menor tasa de nacimiento, junto a los avances médicos, hace que el envejecimiento sea un fenómeno de aumento progresivo, la mayor longevidad implica una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas afectando a la independencia en la tercera edad. Una de las causas que provoca mayor incapacidad en este grupo corresponde al deterioro de las funciones cognitivas, dentro de estas funciones se encuentra la inteligencia emocional, esta noción de inteligencia emocional (IE), abordada por Salovey y Mayer es operativizada como la capacidad humana de conocer las propias emociones (descripción, expresión, regulación y la canalización de las emociones), así como la sensibilización ante las emociones y la eficacia del manejo de las emociones para las relaciones interpersonales. Además de los cambios y problemas biológico-fisiológicos propios del envejecimiento, es común que la salud psíquica en los adultos mayores se vea deteriorada, y se refleja a través de la presencia de síntomas depresivos.

El presente estudio tiene como objetivo “Analizar la relación entre la inteligencia emocional percibida y la depresión en una muestra de la tercera edad de Aspe que sufre alguna dependencia en la vida diaria”. La muestra está compuesta por 16 personas de la tercera edad de Aspe que sufre algún tipo de dependencia en la vida diaria. Para la realización del estudio las variables que se tiene en cuenta son “Inteligencia emocional percibida”, “depresión” y “dependencia”. En el análisis los resultados no han sido significativos, aunque si se puede observar cierta relación entre las variables.

PALABRAS CLAVE: Inteligencia Emocional, depresión, dependencia, tercera edad.

ABSTRACT

The lower birth rate, along with medical advances, makes aging a progressive phenomenon, the greater longevity implies a higher prevalence of disability and functional and cognitive limitations affecting independence in the elderly.

One of the causes that causes greater disability in this group corresponds to the deterioration of cognitive functions, within these functions is emotional intelligence, this notion of emotional intelligence (EI), addressed by Salovey and Mayer is operative as the human capacity To know one's own emotions (description, expression, regulation and channeling of emotions), as well as sensitization to emotions and the effectiveness of managing emotions for interpersonal relationships. In addition to the changes and biological-physiological problems inherent in aging, it is common for psychiatric health in older adults to be impaired and reflected through the presence of depressive symptoms.

The present study aims at "Analyzing the relationship between perceived emotional intelligence and depression in a sample of the elderly Aspe who suffer from some dependence in daily life". The sample is composed of 16 senior citizens from Aspe that suffer from some type of dependence on the daily life. For the realization of the study the variables that are taken into account are "Perceived emotional intelligence", "depression" and "dependency". In the analysis, the results were not significant, although it is possible to observe certain relationship between the variables.

KEYWORDS: Emotional Intelligence, depression, dependence, senior citizens.

1. INTRODUCCIÓN

Durante la etapa adulta se producen múltiples cambios de distinta índole (a nivel biológico, cognitivo y social). Por todo ello, es muy importante que la persona tenga recursos para prevenir algunos de estos cambios y prepararse para afrontar o adaptarse a la mayoría de ellos. Si bien los cambios físicos y cognitivos son fácilmente identificables, no ocurre lo mismo con los cambios en el funcionamiento emocional (1).

El envejecimiento es un fenómeno de aumento progresivo y alarmante en el ámbito mundial. La menor tasa de nacimientos, junto a los avances médicos permite que exista mayor cantidad de personas ancianas (2).

Los últimos datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), nos muestra que España sigue su proceso de envejecimiento, según los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2016 hay 8.657.705 personas mayores (65 y más años), un 18,4% sobre el total de la población (46.557.008), sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ahora representan el 6,0% de toda la población, y este grupo seguirá ganando peso entre la población mayor en un proceso de envejecimiento de los ya viejos, según la proyección del INE, en 2066 habrá más de 14 millones de personas mayores, 34,6% del total de la población que alcanzará los 41.068.643 habitantes. El sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 32,9% más de mujeres (4.940.008) que de hombres (3.717.697) (2016) (3).

Aunque la calidad de vida ha experimentado un progreso, la mayor longevidad de la población implica una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas que se traducen en una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas que afectan la independencia de los adultos mayores (4).

Una de las causas que provoca mayor incapacidad en este grupo etario corresponde al deterioro de las funciones cognitivas, puesto que ocasiona una problemática socio asistencial, donde el adulto mayor

adquiere mayor dependencia de sus redes de apoyo, incluyendo tanto a la comunidad a la que pertenece como a su propia familia (5). Estas funciones cognitivas corresponden a las actividades mentales que lleva a cabo el individuo al relacionarse con el ambiente que le rodea y resolver problemas (6).

Dentro de estas funciones se encuentra la inteligencia emocional, definida como: “Ser capaz de reconocer la importancia de las emociones y de sus interrelaciones, así como razonar y resolver problemas basados en ellos. La inteligencia emocional está implicada en la capacidad de percibir las emociones, asimilarlas basadas en los sentimientos, evaluar y gestionar con ellas” (7)

Esta noción de inteligencia emocional (IE), abordada por Salovey y Mayer es operativizada como la capacidad humana de conocer las propias emociones (descripción, expresión, regulación y la canalización de las emociones), así como la sensibilización ante las emociones y la eficacia del manejo de las emociones para las relaciones interpersonales (8).

Además de los cambios y problemas biológico-fisiológicos propios del envejecimiento, es común que la salud psíquica en los adultos mayores se vea deteriorada, y se refleja a través de la presencia de síntomas depresivos como frustración, tristeza y sensación de inutilidad, lo cual genera dependencia funcional (9).

La función cognitiva es otro problema de salud psíquica que aunado a la depresión, afecta de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores. El deterioro de la salud psicológica en los adultos mayores puede deberse a que es una etapa de vida de pérdidas, como el cese de la actividad productiva, la separación de los hijos, la muerte del cónyuge y de los padres, cambio involuntario de residencia y, en general, la ausencia de bienestar. Todas estas situaciones pueden predisponer a la depresión, sin embargo no es adecuado considerarla como parte del envejecimiento normal (10).

La depresión es una alteración del estado de ánimo que genera pérdida de interés para la ejecución de las actividades de vida, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, exceso de cansancio e inutilidad. Las consecuencias de la depresión no atendida son progresivas y de variable intensidad, que van desde el deterioro de la calidad de vida hasta el suicidio (11).

Por lo anterior, se afirma que la depresión es un problema psicológico de gran impacto y complejidad en la etapa de vida de adulto mayor (12).

Después de revisar las bases teóricas acerca de los temas que atañen al presente estudio, surge la pregunta; ¿Existe relación entre la inteligencia emocional, la depresión y la dependencia en la tercera de edad? Para resolverla es importante tener en cuenta los objetivos e hipótesis que a continuación se exponen.

Como objetivo general del estudio nos proponemos **“Analizar la relación entre la inteligencia emocional percibida y la depresión en una muestra de la tercera edad de Aspe que sufre alguna dependencia en la vida diaria”**.

Además, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer la inteligencia emocional de las personas que participan en este estudio.
2. Identificar el grado de depresión de la muestra.
3. Identificar el grado de dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de la muestra.

En función de los objetivos señalados, las hipótesis de partida, son las siguientes:

- HIPOTESIS 1. Existe relación entre la inteligencia emocional percibida (IEP) y el grado de depresión.

- **HIPOTESIS 2.** Existe relación entre la depresión y el grado de dependencia.
- **HIPOTESIS 3.** Existe relación entre la inteligencia emocional percibida y el grado de dependencia.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. PARTICIPANTES

Para seleccionar la muestra del estudio, se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Residentes en Aspe.
- Personas de la tercera edad (Mayores de 65 años).
- Que necesiten ayuda en su día a día (dependientes).
- Que en el mini mental tengan una puntuación mínima de 24 puntos (Que no tengan deterioro cognitivo).

La muestra ha sido seleccionada tras realizar una búsqueda por la población de personas de la tercera que reunieran los criterios de inclusión, la edad de los participantes oscilan entre los 72 y los 95 años, compuesta por ambos sexos, de los que 6 corresponden al sexo masculino y 10 al sexo femenino. Dentro de la muestra podemos encontrar diferentes dependencias, como amputación de miembros inferiores o ceguera entre otros.

2.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS

Las variables que se tendrán en cuenta en el presente estudio son:

- La Inteligencia Emocional Percibida
- La depresión
- El grado de dependencia.

Con el fin de recoger información relacionada con las variables mencionadas, se utilizaran los siguientes instrumentos de evaluación (ver Tabla 1):

Tabla 1: Instrumentos de evaluación y variables medidas.

Instrumento	Materiales	Variables medidas
Mini Mental State Examination (MMSE)	Cuestionario de deterioro cognitivo	
Trait-Meta Mood Scale (TMMS-24)	Cuestionario de inteligencia emocional percibida	Inteligencia emocional percibida (1)
Test de Yesavage	Cuestionario para el cribado de depresión en personas mayores	Depresión (2)
Índice de Barthel	Cuestionario de nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria	Grado de dependencia (3)
Escala de Lawton y Brody	Cuestionario de nivel de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria	

El **Mini-Mental** (13) (ver escala “Mini-Mental” disponible en el **anexo 1**) se trata de una escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas. El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein (14). Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales, y esta la que se ha utilizado en este estudio. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es < 23puntos.

La variable de Inteligencia emocional percibida (variable 1), se valorará con el cuestionario **TMMS-24** (15) (ver cuestionario TMMS-24 disponible en el **Anexo 2**). La TMMS-24 está basada en el Trait-Meta Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes en nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 consta de veinticuatro ítems, y cada afirmación se responde en una escala de tipo Likert de 1 a 5 puntos que representa el grado de acuerdo con cada una de ellas cinco opciones de distinto nivel de conformidad con ese ítem. No se trata de este modo, de un test donde hay preguntas correctas o incorrectas o buenas ni malas sino de contestar conforme a las preferencias de cada individuo. Lo que sí se pide es sinceridad y agilidad a la hora de contestar a cada una de las preguntas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional (IE) con 8 ítems cada una de ellas, para obtener una puntuación de cada uno de los factores de este “test”, se

evalúa sumando los ítems del 1 al 8 para obtener el factor atención, a su vez, también se suman los ítems del 9 al 16 para el factor claridad y por consiguiente los ítems del 17 al 24 para saber el factor reparación.

Estas dimensiones son:

1. Atención emocional, el individuo es capaz de sentir y expresar los sentimientos en una forma adecuada.
2. Claridad de sentimientos, el individuo conoce bien sus propios estados emocionales.
3. Reparación emocional, el individuo es capaz de regular sus estados emocionales correctamente.

Tras haber sumado estos ocho ítems dentro de cada grupo, se mira en la tabla correspondiente los resultados. Cabe destacar en este tipo de test, que los resultados obtenidos siempre dependen su veracidad y confianza, de lo sincera que haya sido cada persona al responderlos.

Para medir la variable depresión (variable 2) se utilizará el **test de Yesavage** (16) (ves test de Yesavage disponible en el **Anexo 3**). Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Existen tres versiones, para este estudio se ha utilizado la versión de 15 ítems. La población diana de este cuestionario es la población general mayor de 65 años. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor es la depresión de esta manera el significado de los resultado es el siguiente:

0 – 5 puntos: Normal

6 – 10 puntos: Depresión moderada

+ 10 puntos: Depresión severa.

Para medir la variable dependencia (variable 3) se utiliza el índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody. De manera que se evalúa la dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En el **índice de Barthel** (17) (ver índice de Barthel disponible en el **Anexo 4**) se evalúa la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En este índice se incluyen 10 ítems: comer, el desplazamiento silla/sillón-cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, y la continencia. Y puede utilizarse de manera general en la población.

Se trata de un cuestionario heteroadministrado, el rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia.

Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia.

Y la escala de **Lawton y Brody** (18) (ver escala de Lawton y Brody disponible en el **Anexo 5**) evalúa la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0

(máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal.

2.3. PROCEDIMIENTO

El procedimiento llevado a cabo para la recolección de la información respecto a las variables correspondientes a la muestra, fue el siguiente:

- Se buscó personas que a simple vista reuniera los requisitos para la muestra, y se le informo tanto a los familiares como a la persona de la muestra si querían participar en el estudio.
- Se informó tanto al participante como al familiar de qué pruebas se trataban.
- Antes de empezar a realizar los test con cada participante se firmaba el consentimiento informado (ver consentimiento informado disponible en el **Anexo 6**).
- La primera prueba que se realizó en todos los participantes fue el “Mini-Mental”, para poder formar parte del estudio tenían que obtener una puntuación mínima de 24 puntos.
- La segunda prueba que se evaluó fue el Barthel.
- La tercera prueba que se evaluó fue Lawton y Brody.
- La cuarta prueba que se evaluó fue el TMMS -24.
- Y la quinta y última prueba fue el Yesavage.
- Luego se consolidaron los resultados en las tablas para analizar los datos.

2.4. DISEÑO

El tipo de diseño utilizado es descriptivo correlacional. La finalidad del presente estudio obedece a establecer relaciones entre las variables inteligencia emocional percibida y depresión con respecto al grado de dependencia.

2.5. ANALISIS DE DATOS

Se analizaron los datos mediante el programa de Excel de Microsoft y el programa estadístico SPSS (versión 19) (ver tabla de resultados de todos los instrumentos utilizados en el **Anexo 7**), los análisis realizados consistieron en un estudio exploratorio de datos que permitió obtener los niveles de inteligencia emocional percibida, el nivel de depresión y el nivel de dependencia además de media, desviación típica, frecuencia, estadística descriptiva y correlacional de Pearson.

3. RESULTADOS

Tras el análisis de resultados encontramos que en la muestra hay un total de 16 participantes, 6 hombres y 10 mujeres. Por lo que en el estudio hay mayor porcentaje de participantes mujeres (62,50%) que hombres (37,50%).

Las edades de los participantes oscilan entre los 72 y los 95 años de edad. Siendo el mayor porcentaje de participantes con edades comprendidas entre 80-89 años (50,00%), seguido de participantes con edades comprendidas entre 70-79 años (31,25) y el menor porcentaje con edades comprendidas entre 90-99 (18,75%). Situándose la media de la muestra en 83 años de edad, con una desviación estándar de 7 años.

Teniendo en cuenta el objetivo específico 1, se identificó el nivel de inteligencia emocional del grupo de tercera edad de la muestra, a nivel general se aprecia una adecuada atención, una adecuada claridad cercana a excelente y una reparación adecuada, siendo en este factor en el que menos puntuación se ha obtenido (ver Tabla 2).

Tabla 2: Puntuación en los diferentes factores de la escala TMMS-24.

TMMS-24	PUNTUACIÓN MEDIA	NIVEL
Atención emocional	30,37	Adecuada atención
Claridad emocional	33,12	Adecuada claridad
Reparación emocional	27,06	Adecuada reparación

Respecto al objetivo 2 de identificar el grado de depresión de la muestra, se identificó una media de 4,75 en la escala de Yesavage, lo que indica que a nivel general el nivel de depresión es normal aunque está cerca de la depresión moderada.

Por último, respecto al objetivo 3 de identificar el grado de dependencia tanto en las actividades de la vida diaria como en las instrumentales, encontramos una dependencia moderada en el Barthel de 68,12, es decir, en las actividades básicas de la vida diaria. Y en las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody) tenemos un resultado de 2,68 lo que indica una dependencia grave-moderada.

De manera general, se exponen los estadísticos descriptivos de las variables, se han unido los tres factores de la inteligencia emocional percibida, la puntuación total del cuestionario TMMS-24 no es interpretable por sí misma pues a la hora de evaluar la inteligencia emocional de cada individuo se ha de tener en cuenta cada dimensión por separado. Dos individuos pueden tener la misma puntuación total, estando uno con sus tres dimensiones equilibradas mientras que el otro presenta altibajos, lo cual es menos recomendable. A pesar de ello, esta es la mejor manera de poner los resultados de las variables de modo general (ver Tabla 3).

Tabla 3: Resultados de las variables de manera general en la muestra.

	IEP	Depresión	Barthel (Dependencia)	Lawton y Brody (Dependencia)
N	16	16	16	16
Media	90,56	4,75	68,125	2,68
Desviación estándar	7,33	3,27	29,09	1,44
Valor mínimo	81	0	15	0
Valor máximo	108	10	100	6

A continuación, y con el fin de analizar las posibles relaciones entre las variables dos a dos, se realizan una serie de análisis bidimensionales (ver Tabla 4).

Teniendo en cuenta la **hipótesis de trabajo 1** respecto a la correlación entre IEP y el grado de depresión, con los datos obtenidos se identificó:

- El nivel de atención relacionado con la depresión, no tienen una correlación significativa, tienen una asociación débil y directa con cierto grado de asociación. Que asocia que a menor atención, mayor depresión.
- El nivel de claridad relacionado con la depresión, no tienen una correlación significativa, tienen una asociación muy débil, no tiene nada de significado.
- El nivel de reparación relacionado con la depresión, no tienen una correlación significativa, tiene una relación inversa con cierto grado de asociación entre variables. Lo que indica que a menor nivel de reparación mayor depresión.
- A nivel general la IEP con la depresión, no tiene una correlación significativa, tiene una relación inversa con un pequeño grado de asociación entre variables. Que indica que a menor IEP mayor depresión.

De acuerdo con la **hipótesis de trabajo 2**, referente a la relación establecida entre la depresión y el grado de dependencia, si tomamos como referencia los datos obtenidos de correlación de Pearson, encontramos:

- Que aunque no es significativa, hay más correlación entre la depresión y la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria que en las básicas.
- La correlación entre la depresión y la dependencia de las actividades básicas, no es significativa, es muy débil y negativa. Lo que significa que a mayor dependencia en las actividades básicas de la vida diaria mayor depresión.
- La correlación entre la depresión y la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria no es significativa, es débil e inversa, aunque si se puede interpretar que a mayor índice de dependencia, mayor índice de depresión.

Respecto a la **hipótesis de trabajo 3**, relativa a la relación entre la inteligencia emocional percibida y el grado de dependencia, si tomamos como referencia los datos obtenidos de la muestra encontramos:

- La relación de la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria respecto a la atención no es nada significativa.
- La correlación entre la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y la claridad, no es significativa, es débil e inversa, y existe un grado de asociación entre variables que indica que a mayor independencia menor claridad.
- La correlación entre la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y la reparación, no es significativa, es débil, aunque existe un grado de asociación entre variables, cuanto más independiente mayor reparación.
- La correlación entre la dependencia en las actividades instrumentales de la vida y atención no es significativa, es débil, aunque si se observa un grado de asociación entre variables de manera que cuanto más independiente mejor atención.
- La correlación entre la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria y la claridad no es significativa, es muy débil e inversa.

- La correlación entre la dependencia en las actividades instrumentales de la vida y la reparación no es nada significativa.

- A nivel general la correlación entre IEP y la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria es muy débil, nada significativa.

Tabla 4: Correlaciones entre variables.

		BASI CAS	INTRU MENTA LES	ATEN CION	CLAR IDAD	REPAR ACION	IEP
BASICAS	Correlación de Pearson	1	,23	,01	-,48	,29	,07
	Sig. (bilateral)		,37	,95	,05	,27	,79
	N	16	16	16	16	16	16
INTRUME NTALES	Correlación de Pearson	,23	1	,16	-,16	,04	,10
	Sig. (bilateral)	,37		,53	,55	,86	,69
	N	16	16	16	16	16	16
ATENCIO N	Correlación de Pearson	,01	,16	1	,13	-,49	,38
	Sig. (bilateral)	,95	,53		,61	,05	,14
	N	16	16	16	16	16	16
CLARIDA D	Correlación de Pearson	-,484	-,16	,13	1	-,20	,39
	Sig. (bilateral)	,057	,55	,61		,45	,12
	N	16	16	16	16	16	16
REPARACI ON	Correlación de Pearson	,29	,04	-,49	-,20	1	,49
	Sig. (bilateral)	,27	,86	,05	,45		,05

	N	16	16	16	16	16	16
IEP	Correlación de Pearson	,07	,10	,38	,39	,49	1
	Sig. (bilateral)	,79	,69	,14	,13	,05	
	N	16	16	16	16	16	16

4. DISCUSION

Aunque ninguno de los resultados obtenidos en el estudio tenga un valor estadísticamente significativo, sí que se ha podido observar cierta asociación entre algunas de las variables como las tendencias de que a menor IEP, mayor depresión, acentuándose la diferencia dentro de la IEP en los factores atención y reparación emocional.

También se observa relaciones entre la depresión y la dependencia en las actividades diaria, de manera que hay un aumento de depresión cuanto mayor es la dependencia, esto se acentúa cuando la dependencia es en las actividades instrumentales de la vida diaria. Se puede establecer que de manera general en esta muestra hay una asociación de que a mayor independencia en las actividades básicas mayor reparación emocional.

Como he nombrado anteriormente, ninguno de los resultados ha sido significativo, los posibles sesgos de este estudio puede que sean que la muestra es pequeña, que el rango de edad es amplio, que no se ha hecho diferencia entre sexos y que hay dependencias de todo tipo de la vida diaria (ciego, amputación de miembros inferiores, ictus).

De acuerdo a las consideraciones del principio de este estudio si sería interesante y una necesidad el trabajar a nivel de inteligencia emocional con las personas de la tercera edad que sufren alguna dependencia, aunque también con las que son independientes, para preparar a las personas mayores a cómo enfrentarse a las distintas situaciones o etapas de la vida de manera emocional, y así evitar o

disminuir el grado de depresión, logrando una mejor calidad de vida.

Para próximos estudios, sería recomendable que la muestra fuera más grande para ver así si los resultados serían significativos, que se hicieran comparaciones entre distintos rangos de edad más pequeños, y que el estudio se dividiera entre hombres y mujeres y ver las posibles similitudes o diferencias entre sexos.

5. CONCLUSIONES

En función de los resultados obtenidos en este estudio se concluye que si existe una pequeña asociación, aunque no sea una correlación significativa, entre la inteligencia emocional percibida, la depresión y la dependencia en las personas de la tercera edad de Aspe que han participado en este estudio. De manera que la asociación que se establece en la muestra es que a mayor dependencia, mayor depresión y menor inteligencia emocional percibida. Aunque para conseguir correlaciones significativas sería necesario realizar futuros estudios con muestras más grandes.

6. ANEXOS

ANEXO 1

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre:

Varón [] Mujer [] Fecha:

F. nacimiento:

Edad:

Observaciones:

ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)

¿En qué año estamos? 0-1

¿En qué estación? 0-1

¿En qué día (fecha)? 0-1

¿En qué mes? 0-1

¿En qué día de la semana? 0-1

ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)

¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1

¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1

¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1

¿En qué provincia estamos? 0-1

¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1

FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)

Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo.

Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.

Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1

(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)

ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)

Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.

30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)

RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)

Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.

Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)

LENGUAJE (máx. 9)

DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1.

REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1.

ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1.

LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1.

ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.

Puntuaciones de referencia:

27 ó más: normal

24 ó menos: sospecha patológica

12-24: deterioro

9-12: demencia

PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)



ANEXO 2

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 Nada de acuerdo

2 Algo de acuerdo

3 Bastante de acuerdo

4 Muy de acuerdo

5 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

TEST DE YESAVAGE

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

POBLACION:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son 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. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

- 0 - 4: Normal
- 5 ó +: Depresión

- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13.

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

- 1- En general ¿Está satisfecho con su vida? SÍ NO
- 2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? SÍ NO
- 3- *¿Siente que su vida está vacía?* SÍ NO
- 4- *¿Se siente con frecuencia aburrido/a?* SÍ NO
- 5- *¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?* SÍ NO
- 6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle? SÍ NO
- 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SÍ NO
- 8- *¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?* SÍ NO

9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?

SÍ NO

10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? SÍ NO

11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo? SÍ NO

12- ¿Actualmente se siente un/a inútil? SÍ NO

13- *¿Se siente lleno/a de energía?* SÍ NO

14- ¿Se siente sin esperanza en este momento? SÍ NO

15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? SÍ NO

PUNTUACIÓN TOTAL – V5

PUNTUACIÓN TOTAL – V15



ANEXO 4

Índice de Barthel

Comida

10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo

0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona

Aseo

5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.

0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

Vestido

10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda

5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.

0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas

Arreglo

5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.

0. Dependiente. Necesita alguna ayuda

Deposición

10. Continente. No presenta episodios de incontinencia.

5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.

0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.

Micción

10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)

5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos

0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.

5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.

0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor

Traslado cama /sillón

15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.

10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.

5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.

0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n

15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n.

Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.

10. Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador

5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n

0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona

5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.

0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor

Total:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

Resultado Grado de dependencia

< 20 Total

20-35 Grave

40-55 Moderado

> o igual de 60 Leve

100 Independiente



ANEXO 5

ESCALA DE LAWTON Y BRODIE

Puntuación

ACTIVIDADES

A. CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELEFONO

- | | |
|---|----------|
| 1. Utiliza el teléfono por iniciativa propia | 1 |
| 2. Capaz de marcar bien algunos números conocidos | 1 |
| 3. Capaz de contestar el teléfono pero no de marcar | 1 |
| 4. No utiliza teléfono en absoluto | 0 |

B. COMPRAS

- | | |
|--|----------|
| 1. Realiza todas las compras necesarias independientemente | 1 |
| 2. Realiza independientemente pequeñas compras | 0 |
| 3. Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra | 0 |
| 4. Totalmente incapaz de comprar | 0 |

C. PREPARACION DE LA COMIDA

- | | |
|---|----------|
| 1. Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia | 1 |
| 2. Prepara adecuadamente comidas si se le proporcionan los ingredientes | 0 |
| 3. Prepara, calienta y sirve comidas, pero no sigue una dieta adecuada | 0 |

4. Necesita que le preparen y sirvan las comidas 0

D. CUIDADO DE LA CASA

1. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional 1

(ej. ayuda doméstica para el trabajo pesado)

2. Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos, hacer la cama,... 1

3. Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable 1

4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa 0

5. No participa en ninguna tarea doméstica 0

E. LAVADO DE LA ROPA

1. Lava por sí solo toda su ropa 1

2. Lava por sí solo pequeñas prendas 1

3. Todo el lavado de la ropa debe de ser realizado por otros 0

F. MEDIOS DE TRANSPORTES

1. Viaja con independencia en transporte público o conduce su propio coche 1

2. Es capaz de coger un taxi, pero no utiliza otro tipo de transporte público 1

3. Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona 1

4. Utiliza únicamente el taxi o el automóvil con ayuda de otros 0

5. No viaja en absoluto 0

G. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION

1. Es capaz de tomar la medicación a la hora y dosis correcta **1**

2. Toma su medicación si la dosis es preparada previamente **0**

3. No es capaz de administrarse su medicación **0**

H. CAPACIDAD PARA MANEJAR ASUNTOS ECONOMICOS

1. Capaz de encargarse de sus asuntos económicos con independencia (presupuestos, extiende cheques, paga la renta, va al banco) **1**

2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda en el banco **1**

3. Incapaz para manejar dinero **0**

TOTAL



ANEXO 6

Soy Pilar Gloria Cartagena Berenguer, estudio Terapia Ocupacional en la Universidad Miguel Hernández, en la facultad de medicina. Para mi trabajo de fin de grado voy a realizar un estudio sobre “LA RELACIÓN ENTRE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA (IEP) Y EL GRADO DE DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD QUE SUFRE ALGÚN TIPO DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA”.

Para ello se pasarán cinco cuestionarios, los cuales se responden en un tiempo breve, aun así, si lo necesita podemos descansar entre cuestionarios.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Toda la información que se recoja se mantendrá confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

ANEXO 7

TABLA GENERAL DE RESULTADOS DE TODOS LOS INSTRUMENTOS

EDAD	SEXO	MINI MENTAL	BARTHEL	LAWTON Y BRODY	TMMS-24 (ATENCIÓN)	TMMS-24 (CLARIDAD)	TMMS-24 (REPARACIÓN)	IEP TOTAL	YESAVAGE
74	HOMBRE	28	100	4	36	33	24	93	0
83	HOMBRE	26	25	2	30	34	17	81	10
82	HOMBRE	27	90	1	28	35	33	96	8
79	HOMBRE	26	90	6	27	32	33	92	2
72	HOMBRE	29	90	2	35	26	21	82	8
82	HOMBRE	25	85	2	12	32	37	81	0
86	MUJER	24	70	2	32	30	30	92	8
89	MUJER	24	40	2	33	39	12	84	4
94	MUJER	25	80	3	36	38	34	108	5
88	MUJER	24	45	0	28	35	29	92	8
80	MUJER	30	70	4	29	31	21	81	7
95	MUJER	24	20	4	36	38	22	96	6
77	MUJER	27	85	4	31	28	35	94	1
95	MUJER	27	95	2	35	34	24	93	5
74	MUJER	26	15	2	26	34	35	95	3
85	MUJER	26	90	3	32	31	26	89	1

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lawton, M. Emotion in Later Life. *Curr. Dir. Psychol. Sci*, 2001; 10(4), 120-123. Recuperado de:
<http://www.jstor.org/stable/20182717>

2. Abarca J., Chino B., Llacho M., González K., Mucho K., Vásquez R., et al. Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo, *Rev. chil. Neuropsicol.* [Internet] 2008[citado 28 Mar 2017] 3(1), 7-14. Disponible en:
<http://www.neurociencia.cl/dinamicos/articulos/588360-rcnp2008v3n1-15.pdf>

3. Abellán García, A; Ayala García, A; Pujol Rodriguez, R (2017). “Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, *Informes Envejecimiento en red* n° 15, 48 p. [Fecha de publicación: 31/01/2017; última versión: 27/03/2017]. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>

4. Lobo A., Saz P. Roy J.F., *Deterioro cognoscitivo en el anciano*, Hospital Clínico Universitario y Universidad de Zaragoza, España. 2008.

5. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An. Fac. Med* [Internet] 2007, [citado 3 Abr 2017]; 68 (3). Disponible en:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1218>

6. Jara M., La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula.* [Internet] 2007 [citado 3 Abr 2017]; 22(2): 4-14. Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

7. Mayer JD. Salovey P, Caruso DR. Models of emotional intelligence. In R. J. Sternbergm editors. *Handbook of intelligence*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2000. p. 396-420.

8. Salovey P, Mayer, JD. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*. Vol 9; 1990. p. 185–211.
9. Ávila-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública Mex* 2007; 49:367-375.
10. Pérez VT, Arcia N. Comportamiento de los factores bio-sociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2008; 24:1-20.
11. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud, OPS, Washington, D.C. (2010) [Consultado 28 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf
12. Alcalá, V., Camacho, M., y Giner J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3327>
13. Lobo A, Ezquerra J, Burgada FG, Sala AM, Seva A. El “Mini- Examen Cognoscitivo”. Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 7: 189-202.
14. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, Fanjiang G. (1975) “Mini-Mental State” a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatric Researches*, 12, 189-198.
15. Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified versión of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.

16. Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R: Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM 2002; 12 (10): 620-630.

17. Baztan JJ, Perez del Molino, Alarcon J et al. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol, 1993; 28: 32-40.

18. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining, and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-86

