

**CORRELACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EL DETERIORO
COGNITIVO LEVE EN UNA MUESTRA DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES**



AUTOR: MERLIE JULIETH ROMERO SALAZAR

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PSICOLOGÍA

BOGOTÁ D.C ENERO 2022

**CORRELACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EL DETERIORO
COGNITIVO LEVE EN UNA MUESTRA DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES**



AUTOR: MERLIE JULIETH ROMERO SALAZAR

DOCENTE ASESOR: ANGELA MARIA POLANCO BARRETO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PSICOLOGÍA

BOGOTÁ D.C ENERO 2022

Tabla de contenido

I. Capítulo: Introducción	8
II. Capítulo: Descripción general del proyecto.....	8
I. Problema de investigación	8
II. Objetivos.....	10
I. Objetivo General	10
II. Objetivos Específicos	10
III. Justificación	10
III. Capítulo: Marco de referencia	13
I. Deterioro	13
II. Lóbulos frontales.....	16
III. Corteza prefrontal.....	17
IV. Memoria	17
V. Demencia.....	18
VI. Inteligencia emocional.....	20
VII. Cognición social.....	25
VIII. Emoción.....	25
IX. Empatía	27
X. Teoría de la mente.....	30
XI. Consciencia emocional	31
I.V Capítulo: Marco metodológico.....	33
I. Tipo de estudio y alcance	33
II. Población	33
III. Criterios de inclusión y exclusión.....	34
I.V Procedimientos.....	35
V. Instrumentos.....	37
I. Técnicas para la recolección de información.....	37
I. Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (Moca)	37
II. Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24).....	38
II. Técnicas para el análisis de información.....	39
V.I Consideraciones Éticas.....	39
V. Capítulo: Análisis de resultados	42
I. Datos sociodemográficos descriptivos de la población.....	42

II. Grado de deterioro cognitivo	52
III. Descripción del estado de inteligencia emocional (Atención, claridad y reparación)	54
IV. Test de normalidad de datos Kolmogorov Smirnov.....	55
V. Nivel de relación entre la IE y el DCL - Correlación de Pearson	57
VI. Capítulo: Discusión y conclusiones	61
VII. Capítulo: Referencias	66

Índice de tablas

Tabla 1. Variables-Datos sociodemográficos.....	42
Tabla 2. Puntos de corte – Trait Meta-Mood Scale	54
Tabla 3. Normalidad de datos.....	56
Tabla 4. Coeficiente r de Pearson.....	57
Tabla 5. Valores de la correlación IE-Atención emocional & DCL.....	59
Tabla 6. Valores de la correlación IE-Claridad emocional & DCL.....	59
Tabla 7. Valores de la correlación IE-Reparación emocional & DCL.....	60

Índice de figuras

Figura 1. Cronograma de trabajo- Diagrama de Gantt.....	35
Figura 2. Datos de variable sociodemográfica- edad.....	44
Figura 3. Datos de variable sociodemográfica- Genero	45
Figura 4. Datos de variable sociodemográfica- Estado civil	45
Figura 5. Datos de variable sociodemográfica- Lugar de residencia	46
Figura 6. Datos de variable sociodemográfica- Estrato	47
Figura 7. Datos de variable sociodemográfica- Nivel de escolaridad.....	48
Figura 8. Datos de variable sociodemográfica- Ocupación actual	48
Figura 9. Datos de variable sociodemográfica- Actividades de ocio	49
Figura 10. Datos de variable sociodemográfica- Carga de estrés.....	50
Figura 11. Datos de variable sociodemográfica- Horas de descanso diarias.....	50
Figura 12. Datos de variable sociodemográfica- Práctica de actividad física	51
Figura 13. Datos de variable sociodemográfica- Red de apoyo	51
Figura 14. Grado de deterioro cognitivo.....	52
Figura 15. Inteligencia emocional.....	55
Figura 16. Correlación IE-Atención emocional & DCL.....	58
Figura 17. Correlación IE-Claridad emocional & DCL.....	59
Figura 18. Correlación IE-Reparación emocional & DCL	60

Índice de anexos

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES Y/O CUIDADOR.....	73
Anexo 2. TRAIT META-MOOD SCALE (TMMS-24).....	76
Anexo 3. ESCALA DE EVALUACIÓN COGNITIVA DE MONTREAL (MOCA).....	77
Anexo 4. CARTA DE PRESENTACION GERIATRICOS.....	78
Anexo 5. ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA FORMS	79
Anexo 6. FOLLETO INFORMATIVO Y PREVENTIVO DCL Y IE	85
Anexo 7. EVIDENCIA FOTOGRAFICA DE INTERVENCION EN LAS INSTITUCIONES.....	86

I. Capítulo: Introducción

El deterioro cognitivo leve (DLC) es definido como la pérdida de funciones cognitivas, que depende de factores fisiológicos y ambientales. La inteligencia emocional (IE) es un constructo complejo de sentimientos, emociones, comprensión, conocimiento, pensamientos y acciones. Si bien sobre el deterioro cognitivo leve ya le han hecho variedad de investigaciones, hay pocas sobre la relación que tiene con la inteligencia emocional. El presente estudio buscó describir la asociación de la inteligencia emocional y el deterioro cognitivo leve en una muestra de adultos y adultos mayores por medio de una correlación, la investigación está basada en un diseño transversal con alcance descriptivo-correlacional. En el presente encontrará la descripción general del proyecto junto con su problemática, seguido la sustentación que se realizó a la problemática y la importancia de llevar a cabo el estudio investigativo, esta se apoyó por medio de estudios investigativos ya hechos con anterioridad, encontrará un apartado específico donde evidenciará los conceptos teóricos que sentaron las bases empíricas fundamentales para llevar a cabo el estudio. Para el estudio y muestra final se seleccionó a personas entre 40 a 90 años, a esta población se les aplicó los instrumentos psicológicos, como lo son la escala Moca que consta de 19 ítems y 8 dominios cognitivos, su aplicación permitió indagar el grado de deterioro cognitivo, por medio de la afectación de las funciones ejecutivas, con esta se buscó hacer una caracterización de la enfermedad neurodegenerativa, así pues que no se pretendió determinar ningún tipo de diagnóstico solo caracterizar la enfermedad; y a su vez se aplicó el cuestionario TMMS-24 formado por 3 dimensiones principales: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional, a lo cual esta interpretación permitió identificar el grado de la inteligencia emocional de los participantes. Se analizaron los datos que se obtuvieron de la recolección de la información, y en continuidad se concluyó según los resultados obtenidos que no existe relación alguna entre las variables elegidas.

II. Capítulo: Descripción general del proyecto

I. Problema de investigación

En los últimos años los estudios han demostrado incremento de casos con deterioro cognitivo leve, lo cual alarma cada vez más diferentes contextos tales como la salud mental y la ciudadanía, entre otros. El análisis de la investigación estuvo proyectado en generar aportes en el crecimiento del estudio investigativo del deterioro cognitivo leve y la inteligencia emocional, de

esta manera enriquecer los estudios y campos en relación a estas variables, por medio de las conclusiones obtenidas se amplió información relevante para que profesionales, estudiantes u docentes interesados en el tema extiendan su conocimiento frente a las posibles relaciones que se vinculen el deterioro cognitivo y la inteligencia emocional. El deterioro cognitivo leve empieza a interferir rápidamente con las actividades de la vida diaria de la persona, viéndose afectadas las funciones superiores: memoria, praxis, lenguaje, atención, orientación, cálculo; en ocasiones se pudiera generar trastornos de personalidad, conducta, humor y sueño que resultaran incapacitando a la persona en cumplir con sus actividades habituales (Viñuela, 2019). Por tanto, se genera de importancia de indagar sobre las emociones, su capacidad de manejo y expresión de estas con el fin de proporcionar un mayor entendimiento en el proceso que puede vivir la persona con DCL. Estos cambios que la persona empieza a vivir, pueden llegar a dificultar significativamente las relaciones interpersonales y a su vez por desconocimiento del tema en las familias puede dificultar la adaptación de todos, es por esto que es fundamental que los familiares, posibles personas con DCL y todas las personas lectoras comprendan todos los componentes que se integran en la enfermedad, junto con la relación de la inteligencia emocional; para ayudar, entender y proporcionar ambientes enriquecedores en torno a las necesidades de las personas con DCL desde componentes clínicos de la enfermedad y enfoques a su vez del proceso o mantenimiento de la IE. Como se sabe los cambios que se producen son progresivos y requieren de adaptaciones importantes, por esta razón con el estudio se quiso proporcionar desde lo teórico y en base con los resultados de la investigación las maneras en las que pueden comprender y acompañar a las personas en todos los procesos que se van presentando en el transcurso de la enfermedad, para finalmente conocer y aprender a realizar un acompañamiento pertinente involucrando a sus familias, amigos, conocidos y por supuesto al equipo de salud mental y físico, cumpliendo a la vez un doble rol de generar psicoeducación, con prevención y promoción de DCL y IE. Con base en esto, surgió la pregunta de investigación que se abordó en el presente estudio: ¿Cuál es el nivel y el tipo de relación entre la inteligencia emocional y el deterioro cognitivo leve en una muestra de adultos y adultos mayores?

II. Objetivos

I. Objetivo General

- Determinar el nivel de relación de inteligencia emocional y deterioro en adultos y adultos mayores.

II. Objetivos Específicos

- Describir el estado de inteligencia emocional de la muestra.
- Identificar el grado de deterioro cognitivo de los participantes.
- Establecer el tipo de relación existente entre las variables, a partir del tratamiento de datos estadísticos.

III. Justificación

El deterioro cognitivo leve (DLC) es definido como la pérdida de funciones cognitivas, que depende de factores fisiológicos y ambientales, donde el sujeto está en una gran variabilidad contextual, social y cultural (Benavides-Caro, 2017). En la actualidad, el deterioro cognitivo leve (DCL) se distingue como una condición patológica y se utiliza para referirse a un grupo de personas que presentan algún grado de déficit cognitivo cuya severidad resulta insuficiente para cumplir los criterios de demencia ya que no presentan un compromiso esencial en las actividades de la vida diaria (Facundo, 2010).

El deterioro cognitivo leve interfiere con las actividades de la vida diaria de la persona; la utilización de la palabra deterioro señala que el trastorno es adquirido, y que aparece en una persona con funciones cognitivas conservadas (memoria, praxis, lenguaje, agnosias, atención, orientación temporoespacial, el cálculo, la capacidad de abstracción) que comienza a presentar incapacidad para cumplir con sus actividades habituales o con un empeoramiento de dichas funciones. El término global indica que existe una alteración difusa del cerebro por los déficits cognitivos múltiples que lo originan (Viñuela, 2019).

La inteligencia emocional (IE) es un constructo complejo que con el pasar del tiempo ha sido conceptualizado y medido de forma muy plural. Los inicios de la formulación teórica fueron expuestos por Salovey y Mayer (1990) con un enfoque metacognitivo de la emoción, donde se

postula que una persona emocionalmente inteligente es aquella capaz de percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y las de los demás (Mayer y Salovey, 1997 citado por González, Pérez y Calvete, 2016).

Salovey y Mayer describen el término de Inteligencia Emocional en 1990. Definiéndolo como “la capacidad de regular los sentimientos y emociones propios, así como los de los demás, de comprender y discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones” (Ferragut y Fierro, 2012, p. 96).

El modelo propuesto por Mayer y Salovey percibe la inteligencia emocional en relación con las creencias propias de cada individuo sobre su propia inteligencia emocional. Postulando de esta manera tres dimensiones: A) Atención emocional: entendida como la manera de ser capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada. B) Claridad emocional: la cual implica comprender muy bien los estados emocionales y la C) Reparación emocional: que requiere poder regular los estados emocionales correctamente (González, Pérez y Calvete, 2016).

Según estudios longitudinales en la población general de individuos mayores de 70 años la tasa de prevalencia de DCL converge en 14 al 18% con un rango que va del 3 al 20% según la definición de deterioro cognitivo leve, siendo los más frecuentes el subtipo DCL amnésico vs el DCL no amnésico. Las cifras de incidencia varían del 8 a 77/1000 personas por año (Facundo, 2010).

El estudio colombiano Epineuro encontró que la prevalencia nacional de demencia es 13.1 / 1000. En el análisis de la encuesta SABE Colombia (realizada a 23.694 personas mayores de 60 años) completada en 2015, contemplo cálculos estadísticos nacionales sobre demencia, reportando que la prevalencia global para el deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia es del 17,6% y el 9,4%, respectivamente (García, Jaramillo, Aguillón, Gómez, Velez, Gutiérrez, y Lopera, 2019).

El deterioro cognitivo leve en los últimos años ha generado gran interés entre los investigadores, esto ha permitido que se produzca una gran variedad de literatura al respecto. Así el DCL representa un todo de diferentes elementos que conforman más grupos y, en base a estas múltiples dimensiones de estudios explorados, la variabilidad de los casos que se presentan parece ser multidimensional (Facundo, 2010). Este aumento que se ve representado en las cifras que nos

indican los estudios en los números de casos del deterioro cognitivo leve resalta la importancia de indagar más sobre ella y a su vez encontrar los componentes que directamente tienen relación con la inteligencia emocional. Si bien sobre DCL ha habido muchas investigaciones, hay pocas sobre la relación directa que pudiera llegar a tener con la inteligencia emocional.

En Colombia, los enfoques y esfuerzos en salud pública se han concentrado en prevención primaria y terciaria, y por el contrario las acciones encaminadas a la prevención secundaria se han dejado aparte y estas son un punto clave en el DCL pues representan un momento crucial para un oportuno diagnóstico y tratamiento. Una vez debutan los síntomas cognitivos, la intervención en estadios tempranos debe enfocarse en mantener la funcionalidad del paciente y disminuir la progresión de la enfermedad (García-Cifuentes et al. 2019).

Por lo tanto, dentro de los sustentos investigativos y teóricos la investigación propuesta se proyectó en función de extraer conocimiento útil en beneficio a los avances investigativos que se tienen y se han tenido del estudio de la enfermedad. Proporcionando un fortalecimiento de las líneas investigativas, estudiantiles y de docencia que requieran extraer información en relación con el DCL y IE; generando aportes sobre el nivel y tipo de relación que tiene el deterioro cognitivo leve con la inteligencia emocional, describiendo el nivel de inteligencia emocional y el grado de deterioro cognitivo de los participantes. De igual forma se hace indispensable producir aportes en el crecimiento del estudio de la enfermedad, con el enriquecimiento de la caracterización clínica, e implementación de la necesidad e inspiración de nuevos modelos neurocognitivos en relación con el deterioro cognitivo y la inteligencia emocional.

La información es útil para los profesionales en salud mental, familiares y en general para la población interesada en el estudio del DCL y IE, ya que se permite por medio del estudio la extracción de conocimiento basado en la asociación, descripción y relación de las variables de estudio; que fueron sometidas a la descripción y correlación, con el fin de fortalecer el proceso teórico e investigativo de futuras investigaciones y a su vez, ayudar a que conozcan y entiendan todos los procesos del deterioro cognitivo en donde se genere realmente un acompañamiento pertinente a las personas con DCL. Esta sustentación teoría guiada por los estudios realizados con anterioridad proporcionó las bases teóricas fundamentales para la realización de la investigación,

de esta manera se estableció la guía para el presente estudio, que tuvo el fin último de contrastar el nivel y tipo de relación existente de la inteligencia emocional con el deterioro cognitivo leve.

Finalmente, con el alcance de la investigación, se permite fortalecer el conocimiento de los estudiantes de la universidad, por medio de la construcción del artículo científico y exposición del tema en los eventos académicos en los que se participó, siempre en ellos ayudando a describir la inteligencia emocional, el deterioro cognitivo y el tipo y grado de relación entre las mismas.

III. Capítulo: Marco de referencia

I. Deterioro

El envejecimiento es un fenómeno diferencial y asincrónico en sus manifestaciones, donde existe una alta variabilidad en el ámbito interindividual e intraindividual. Esta hace referencia a la degradación del rendimiento en el área de la cognición, el mundo afectivo-emocional se caracteriza por las ganancias y pérdidas experimentadas como defectos o limitaciones. Por ejemplo: jubilación del trabajo, pérdida de autonomía por necesidad de que otros para realizar determinadas actividades y fallecimiento del cónyuge, otros familiares o amigos (Gracia, Santabárbara, López, Aznar, Marcos, 2016).

El DCL es una condición en la cual las personas presentan problemas de memoria mayores que lo esperado para la edad del individuo y su nivel educativo, pero que no interfiere notablemente con las actividades de la vida diaria y, en muchos casos, constituye la etapa precursora del síndrome de demencia. Muchas de estas personas pierden su autonomía en etapas más avanzadas debido a pérdida de movilidad y problemas de salud físicos o mentales y otras necesitan una atención (comunitario, residencial y hospitalario) de larga duración (Gracia, Santabárbara, López, Aznar, Marcos, 2016).

El grupo de estudios de Neurología de la conducta y demencias (GENCD, 2007) de la SEN establecen las siguientes consideraciones:

- **Alteración cognitiva:** Cualquier queja cognitiva en la que no existe evidencia de demencia ni de síndrome confusional, refrendada por un informador fiable y no constatada mediante test psicométricos.

- **Deterioro cognitivo leve:** Además de lo anterior, se aprecia un rendimiento anómalo en alguna área cognitiva mediante pruebas psicométricas.

Se utilizan los siguientes criterios para el diagnóstico del deterioro cognitivo leve:

1. Alteración de una o más de las siguientes áreas cognitivas: Atención -concentración, lenguaje, gnosis, memoria, praxias, funciones visuoespaciales y funciones ejecutivas
2. Esta alteración debe ser:
 - Adquirida, señalando un deterioro respecto a las capacidades previas y referida por el paciente o informador fiable.
 - Objetivada en exploración neuropsicológica y de meses de duración y constatada por paciente con nivel de conciencia normal.
3. La alteración cognitiva solo debe interferir mínimamente en las actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria y la alteración cognitiva no se asocia a deterioro del nivel de conciencia (Viñuela, 2019).

La Sociedad Andaluza de Neurología (SAN) establece las siguientes consideraciones que se utilizan en los criterios para el diagnóstico del deterioro cognitivo leve (Viñuela, 2019):

1. Sospecha de la existencia de pérdida cognitiva con respecto al nivel previo basada en quejas subjetivas de la persona, tutor o acompañante.
2. Demostración objetiva de afectación de al menos uno de los siguientes dominios cognitivos:
 - Atención y funciones ejecutivas/ aprendizaje y memoria/ lenguaje/ praxias/ habilidades visuoespaciales y cognición social.
3. La afectación es superior en función de la edad y nivel educativo, o se ha presentado una disminución a lo largo del tiempo.

Al mismo tiempo la utilización de la palabra deterioro, como señala Viñuela (2019):

“El trastorno es adquirido, aparece en una persona con funciones cognitivas conservadas previamente o con un empeoramiento de dichas funciones con respecto a un nivel previo superior, y el término global indica que existe una alteración difusa del cerebro por los déficits cognitivos múltiples que lo originan”. (p. 351)

La investigación reciente de Saldaña-Díaz, Herrera-Tejedor, Antonio, Martín-Gómez, Simón-Campo, Salgado-Cámara, López-Anguila, Olazarán (2018), describe los antecedentes y rasgos clínicos de los pacientes ancianos que acuden a consulta general de neurología por quejas o sospecha de deterioro cognitivo. El rendimiento cognitivo se midió mediante el test Minimental de Folstein, y la situación clínica global (cognitiva y funcional), mediante la escala de estadificación clínica de la demencia. Los resultados enuncian que los pacientes de más edad presentaban con mayor frecuencia deterioro cognitivo (alteración cognitiva leve o demencia), tanto en la primera visita como en la visita de seguimiento al cabo de un año. Así mismo no encontraron diferencias en el tiempo desde el inicio de los síntomas, el tipo de síntomas ni la comorbilidad. La enfermedad de Alzheimer fue el diagnóstico etiológico final más frecuente en los dos grupos de edad. Se concluyó que los pacientes muy ancianos estudiados en la consulta de neurología presentan con mayor frecuencia deterioro cognitivo, a pesar de tener un tiempo de evolución y una sintomatología similar. Estos resultados podrían explicarse desde la hipótesis de la reserva cerebral y de la patología cerebral combinada.

En efecto se describen cambios en uno o más dominios cognitivos que son más altos de lo esperado por personas de la misma edad y nivel educativo, pero que no son suficientes para establecer un diagnóstico de demencia. En los últimos años, este constructo ha producido varios criterios de diagnóstico. Se han propuesto términos como alteración cognitiva leve porque un rendimiento inferior al esperado no significa necesariamente un deterioro. También se propuso el término deterioro cognitivo. (Manchola, Carnero, Freire, López, López, Manzano, y Olazarán, 2017).

En este mismo sentido, Gracia, Santabárbara, López, Aznar, Marcos (2016), indagan sobre la asociación entre la ocupación laboral principal desarrollada a lo largo de la vida con el deterioro cognitivo y la demencia en personas mayores. Sus resultados recogieron que el 67% identificaron

que había relación entre el tipo de trabajo y el rendimiento cognitivo en la edad adulta, en consecuencia, concluyeron que las personas con una actividad laboral predominantemente manual a lo largo de la vida tienen mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo y/o demencia que aquellas que tienen ocupaciones con mayor requerimiento intelectual; en consecuencia las ocupaciones laborales de contenido intelectual podrían contribuir a la mejora de la capacidad del individuo para ayudar a afrontar el posible deterioro cognitivo en etapas posteriores de la vida.

Por lo cual el deterioro cognitivo ha de detectarse y diagnosticarse mediante pruebas que pongan en juego las capacidades cognitivas de la persona, dentro del marco tradicional, pero insustituible, del método clínico, en el que cobran especial relevancia la información aportada por una persona allegada al paciente y el examen del estado mental (Manchola, Carnero, Freire, López, López, Manzano, y Olazarán, 2017).

En un estudio realizado Sánchez-López, Megías-Robles, Gómez-Leal, Gutiérrez-Cobo, y Fernández-Berrocal (2018), estudiaron la relación existente entre la inteligencia emocional percibida y la probabilidad de implicarse en comportamientos de riesgo en el ámbito de la salud. El estudio involucró una muestra de 219 participantes con edades entre 18 y 59 años, los cuales informaron de sus habilidades percibidas en inteligencia emocional mediante la escala Trait-Meta-Mood Scale (TMMS) y de la probabilidad de participar en comportamientos de riesgo en el ámbito de la salud mediante la escala Domain-Specific Risk-Taking Scale (DOSPERT-30). Los resultados que revelaron fueron que las habilidades de claridad y reparación emocional se relacionan de manera inversa con las conductas de riesgo en el ámbito de salud. Además, existe una relación directa entre las habilidades de atención y claridad emocional, y entre claridad y reparación emocional. De estos resultados se deriva que las habilidades en inteligencia emocional percibida (claridad y reparación emocionales) pueden funcionar como amortiguador de riesgos que atentan contra la salud y la integridad física.

II. Lóbulos frontales

Es una estructura crítica en el desarrollo del sistema nervioso, su anatomía, función y conexiones han sido objeto de innumerables estudios a lo largo de los años. Luria (1969) describió “el lóbulo frontal como la porción más compleja y de desarrollo más reciente del sistema nervioso central” (p. 327). Esta capacidad de sobrevivir y dominar supone una adecuada adaptación al

medio, a la vez una independencia de este a la hora de llevar a cabo determinadas conductas complejas. Todas estas funciones se relacionan con una parte del lóbulo frontal “la corteza prefrontal” (Taberero, Rubinstein, Cossini y politis, 2016).

La función del lóbulo frontal en términos neuropsicológicos se denomina función ejecutiva, esta engloba una serie de procesos encaminados a realizar conductas complejas (consecución de metas, toma de decisiones), las cuales son importantes para la supervivencia del ser humano. Estos procesos incluirían la formación de conceptos, razonamiento abstracto, planificación, organización, evaluación de errores, flexibilidad cognitiva (cambiar de idea o estrategia) y creatividad, estas operaciones mentales organizan ideas y acciones simples en comportamientos complejos dirigidos a un fin (Viñuela, 2019). Este lóbulo también juega un papel fundamental en la metamemoria, es decir, las personas poseen conocimiento acerca del funcionamiento de la memoria en general y así mismo de la memoria personal.

III. Corteza prefrontal

La corteza prefrontal es una estructura que forma parte de la neocorteza y regula los impulsos de la amígdala. Específicamente, se cree que el lóbulo prefrontal izquierdo es responsable de minimizar la respuesta inapropiada e impulsiva de la amígdala. De esta forma se demuestra la posibilidad de aprender a controlar y regular las emociones que dificultan el desempeño efectivo de la vida diaria, esta función es primordial en la personalidad y la capacidad de vivir en un grupo social mediante la empatía, el conocimiento y respeto de normas sociales (Viñuela, 2019).

Por lo cual, la corteza prefrontal juega un papel ejecutivo en la memoria, siendo la responsable de la implementación de estrategias de codificación y la recuperación consciente de información, organización material, control y verificación de posibles respuestas (Viñuela, 2019).

IV. Memoria

El concepto de memoria ha evolucionado en el transcurso del tiempo. Como señala Trápaga, Pelayo, Sánchez, Bello y Bautista (2018):

“Hoy no se le considera sólo un proceso unitario y simple para almacenar huellas durante cierto tiempo y recuperarlas en el momento oportuno, sino todo un complejo sistema que permite

identificar diversos tipos de memoria, así como sus vínculos con el resto de los procesos psicológicos”. (p.51)

En el glosario de términos técnicos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV la amnesia es definida como una pérdida de memoria que puede presentarse de dos maneras: pérdida de memoria relativa a cosas que ocurrieron tras la acción del agente etiológico (amnesia anterógrada) y pérdida de memoria acerca de hechos acaecidos antes de la acción del agente etiológico (amnesia retrógrada) (Pichot, 1995 citado por Trápaga et al., 2018).

Por tanto, la memoria es un “proceso neurocognitivo que permite registrar, codificar, consolidar, almacenar, acceder y recuperar la información; al igual que la atención, es un proceso básico para la adaptación del ser humano al mundo que le rodea” (Trápaga et al., 2018, 51). También ha sido definida como la capacidad humana para recordar, conservar y reproducir la información recibida, puesto que la memoria está íntimamente vinculada al proceso de aprendizaje, siendo el depósito de las conductas aprendidas a lo largo de la vida, de modo tal que es esencial para lograr el aprendizaje (Toro y Yepes, 2018).

V. Demencia

Etimológicamente el término “demencia significa falta de juicio, existe un deterioro persistente global de las funciones intelectuales adquiridas previamente con preservación del nivel de vigilancia”. Se origina de una lesión orgánica difusa o multifocal cerebral. La pérdida de la memoria y otras funciones superiores van a empezar a interferir con el rendimiento laboral y/o social del individuo originando una desaparición social y una menor funcionalidad (David, Gelmacher y Whiterhouse, 2001, citado en Budson y Solomon, 2016).

Por consiguiente, al definir un trastorno como demencia, como señala: (Fernández y Zarranz, 2003, citado en Budson y Solomon, 2016) “Las alteraciones son persistentes en el tiempo, se manifiestan gradual y lentamente progresivo a lo largo de meses de evolución. Esta terminología exige que el deterioro cognitivo existente interfiera las actividades de la vida diaria de la persona”.

Las personas además del deterioro cognitivo en etapas más avanzadas presentan otras alteraciones como los trastornos de personalidad, conducta, humor, sueño y mayor incapacidad para cumplir con las actividades habituales. En la actualidad, la demencia supone un gran problema

de salud pública que presenta una prevalencia creciente que incrementa aún más, así mismos factores como mejor asistencia sanitaria, aumento de la esperanza de vida, mayor supervivencia de enfermedades que antes eran mortales, etc. (Viñuela, 2019).

En casi todos los tipos de demencia, los pacientes presentan tres grandes etapas: 1) predominan los síntomas de deterioro cognitivo, afectación de la personalidad y conducta, aunque el paciente mantiene la autonomía para el autocuidado y precisa poca supervisión familiar. 2) Comienza a afectarse la capacidad para realizar tareas instrumentales de la vida diaria y la autonomía personal, requiriendo de supervisión y apoyo. 3) La persona presenta total dependencia para el autocuidado y las alteraciones en la deglución, deambulación, etc. hasta llegar a las fases tardías en las que permanece totalmente en cama (Pérez y García, 2018).

Por otra parte, Charro-Gajate, Diéguez-Perdiguero, Martínez (2010) En su estudio expresan la importancia de mejorar el diagnóstico precoz de las enfermedades neurodegenerativas, expresan la necesidad de realizar pruebas complementarias como la resonancia magnética y la exploración neuropsicológica para caracterizar y posterior diagnosticar la enfermedad, siempre con el propósito de llegar a un acertado diagnóstico y tratamiento. Por su parte, la exploración neuropsicológica integral debe incluir de forma especial funciones frontales, puesto que las pruebas de cribado y generales no permiten detectar déficits en fases iniciales de los deterioros cognitivos.

En esta investigación se pueden extraer datos de prevalencia importantes de diferentes estudios, en donde se indica no siempre arrojan resultados similares. La mayoría de los autores coinciden en señalar que un 10% de los casos de demencia degenerativa primaria corresponden a demencia fronto temporal, en donde se hace importante señalar se presenta en la mayoría de los casos antes DCL, y esto a si vez se considera la segunda causa más frecuente a lo largo de demencia en menores de 65 años. Así mismo, alteraciones emocionales se pueden presentar en las enfermedades neurodegenerativas, por tal razón es importante hacer un buen análisis neuropsicológico puesto que en algunas ocasiones puede ser difícil distinguir estos desniveles emocionales con estados depresivos. Se pueden presentar síntomas de ansiedad, depresión y cambios de humor en relación con sus propias alteraciones cognitivas (Charro-Gajate, Diéguez-Perdiguero, Martínez, 2010).

En la mayoría de los casos de para u diagnóstico temprano de DCL, las pruebas cognitivas estándar que se utilizan son: Mini Examen del Estado Mental (MMSE) y Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA), normalmente se deben realizar otras pruebas complementarias para evaluar específicamente las funciones de los lóbulos (Toro y Yepes, 2018).

Por otra parte, Pedraza, Salazar, Sierra, Soler, Castro, Castillo, Hernández, Piñeros (2016), evaluaron la confiabilidad y validez discriminante del MoCA-test, en un grupo de adultos de Bogotá, con diferentes escolaridades. Sus resultados arrojaron consistencia interna (alfa-Cronbach=0.851) y la confiabilidad test-retest (Lin=0.62), los cuales fueron aceptables. El MoCA mostró capacidad para discriminar entre diferentes grupos, diagnósticos y sociodemográficos. En conclusión, se extrae que el MoCA-test puede ser el instrumento de tamización en atención primaria para la detección del deterioro cognitivo en la población adulta, considerando los puntos de corte propuestos según la escolaridad.

VI. Inteligencia emocional

Daniel Goleman (1996) define la inteligencia emocional como “la capacidad de reconocer los sentimientos propios y ajenos, de motivarnos y saber manejar nuestras emociones” (p.78). La inteligencia emocional se organiza en torno a cinco capacidades: Autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía, habilidades sociales. Puesto que las emociones influyen en la vida de diferentes maneras, su manifestación puede convertir a las personas socialmente integradas o excluidas, según la manera en que se gestionen. La forma en la que se actúa y se comporta una persona, se relaciona con los sentimientos y los pensamientos que emergen ante las situaciones que se vive y da reflejo de las personas con las que se relaciona. Así los pensamientos y las emociones son la base de la manera en la se actúa habitualmente, al igual que sucede en cualquier aprendizaje, las emociones determinan la forma de afrontar la vida, la comprensión y la gestión de las emociones pueden resultar imprescindibles para la integración en sociedad y en consecuencia cuando esto falla va a costar vincularse socialmente y aumentara la frustración (Rotger, 2018).

De acuerdo con el estudio realizado por Ferragut y Fierro (2012), se analiza la relación de inteligencia emocional - bienestar personal (subjetivo) y la posible predicción del rendimiento académico. Para evaluar la inteligencia emocional, emplearon el Trait Meta-Mood Scale (TMMS24), para el bienestar personal aplicaron la Escala Eudemon y el Ítem General de Felicidad

y para el rendimiento académico registraron la nota media de todas las asignaturas. Los resultados indicaron correlaciones positivas entre las tres escalas de medición, de esta forma resaltado la importancia de evaluar la inteligencia emocional y los diferentes beneficios que trae potenciar el nivel de IE en las personas, y en este caso los jóvenes.

Saber comunicarse y reconocer las emociones propias y ajenas es sin duda imprescindible para ir avanzando y alcanzar una adecuada actitud social, integrarse en la sociedad y ser felices en ella. Aprender a dirigir la vida junto con las emociones permitirá tener grandes logros personales, así pues, en la actualidad se reconoce a la inteligencia emocional como un factor importante para el crecimiento y la satisfacción personal. Poseer habilidades tales como: control de los impulsos, autoconciencia, motivación, entusiasmo, perseverancia y empatía, entre otras. Potenciarán las personalidades de las personas que logran mayores respuestas emocionales en vez de reacciones emocionales (Rotger, 2018).

En un estudio realizado por Bermúdez, Teva y Sánchez (2003), encuentran una relación positiva entre las puntuaciones altas de la inteligencia emocional y un mayor bienestar psicológico, afirmando que las personas que presentan mayor autocontrol emocional y conductual perciben que poseen mayor control sobre las demandas del medio y mayor autoestima. En definitiva, concluyen que cuanto mayor es la inteligencia emocional mayor es la estabilidad emocional, presentando una actitud más positiva con respecto a sí mismas, tolerando mejor la frustración. De esta forma se expone que existe una relación positiva entre inteligencia emocional y aspectos relacionados con el bienestar (Bermúdez, Teva y Sánchez, 2003 citado por Ferragut y Fierro, 2012).

Así pues, la inteligencia emocional, parece ser una buena forma de ayudar a la población adulta a disfrutar de esta etapa de sus vidas, así sugiere fortalecer capacidades para la solución de problemas que exigen sobreponerse a obstáculos, decidir en momentos de crisis o adaptarse a cambios no deseados. Los adultos mayores son los destinatarios claves en los que se pueden desarrollar estrategias emocionales para mejorar la calidad de vida y proporcionarles recursos que puedan promover arreglos emocionales y mejorar su felicidad y bienestar. El alto nivel de desarrollo emocional favorece el desenvolvimiento armonioso y equilibrado de la personalidad de las personas mayores, así mismo favorece la salud, el entusiasmo y la relación de las personas mayores con personas de diferentes ámbitos (Rotger, 2018).

Salovey y Mayer describen el término de Inteligencia Emocional en 1990. Definiéndolo como “la capacidad de regular los sentimientos y emociones propios, así como los de los demás, de comprender y discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones” (Ferragut y Fierro, 2012, p. 96).

Así, el modelo propuesto por Mayer y Salovey de 1997 asume, como componentes de la inteligencia emocional: (1) adecuada percepción de los estados emocionales; (2) comprensión de su naturaleza; (3) regulación de las emociones, tanto en las propias como en las ajenas (Ferragut y Fierro, 2012).

El envejecimiento considerado como una etapa en la que las personas mayores deben enfrentarse a abundantes situaciones relacionadas con pérdidas, como pueden ser el riesgo que padecer enfermedades, la pérdida de seres queridos o el aumento de la dependencia. Esta variedad de sucesos negativos puede dar lugar a comportamientos desadaptativos, de esta forma se describe que la IE puede ser un predictor clave para que las personas puedan adaptarse de forma resiliente a los cambios vitales a los que están expuestos (Tsaousis y Nikolaou, 2005, citado por Meléndez et al. 2019).

En consecuencia, la regulación o manejo de las emociones es la capacidad de regular y controlar las emociones tanto positivas como negativas y utilizarlas para conseguir el nivel e intensidad emocional más adaptativos para cada situación; el grado de regulación hace referencia a la creencia de la persona sobre su capacidad para reparar estados emocionales, interrumpiendo y regulando los negativos y prolongando los positivos (Fernández-Berrocal et al., 2004, citado por Meléndez et al. 2019).

La investigación de Pérez-Fuentes, Gázquez, Molero, Martínez, Barragán y Simón (2016), sobre el entrenamiento de la inteligencia emocional en personas mayores, ha demostrado su efectividad en la mejora de la calidad de vida. Donde su objetivo estuvo centrado en analizar los beneficios en salud de un programa de estimulación cognitiva e inteligencia emocional para personas mayores, la muestra estuvo formada por 28 alumnos de la Universidad de Mayores de Almería, que completaron la primera fase del PECE-PM. Para la evaluación (pre-post) de la salud, la aplicaron con la versión española del SF-36. Por último los resultados mostraron puntuaciones

significativamente más elevadas, tras la intervención que realizaron, en especial en las dimensiones de salud: Función Social, Dolor Corporal, Vitalidad y Función Social. Así arrojando datos de la primera implementación del PECIPM, los cuales revelaron efectos positivos del entrenamiento emocional sobre la percepción de la salud, en personas mayores.

Las personas que poseen buenas habilidades de regulación y claridad emocional se benefician de estrategias más adaptativas, basadas en la reflexión y el afrontamiento activo y positivo y, por el contrario, las personas que centran demasiado la atención hacia sus sentimientos y emociones, y sumado a esto no entienden dichas emociones, no son capaces de regularlas, tienden a utilizar estrategias desadaptativas y traen consigo complicaciones (Martínez et al., 2011 citado por Meléndez et al.2019).

Keefe, Parker y Saklofske, 2009 citado por Ferragut y Fierro, 2012, señalan:

“Que en situaciones de cambio las personas que identifican comprenden y manejan sus emociones son menos propensas a derrumbarse y suelen tomar medidas más proactivas para el restablecimiento de su equilibrio, indicando que esta capacidad adaptativa podría conceptualizarse como la inteligencia emocional en acción” (p.15).

La investigación realizada por Meléndez, Delhomb, y Satorres (2019), analiza si la inteligencia emocional puede predecir la capacidad de resiliencia de los adultos mayores. De esta forma se aplicó análisis de regresión para estudiar si las dimensiones de la inteligencia emocional predecían la resiliencia. Los resultados expusieron correlaciones significativas y positivas entre las dimensiones de la inteligencia emocional y la resiliencia; además se comprobó que son las dimensiones de claridad y regulación emocional las que predicen significativa y positivamente la resiliencia. Así se concluye que la claridad y regulación emocional facilitan la adaptación en el envejecimiento, ya que ayudan a comprender qué emociones se están experimentando, sus causas y consecuencias, y reducen efectivamente la experiencia subjetiva de la emoción negativa.

Por tanto, la inteligencia emocional hace referencia al manejo de las emociones de los demás, la capacidad de inducir reacciones deseadas en los demás, de persuadir, inspirar y orientar

a un grupo de personas y de resolver conflictos, de poder cooperar con otras personas para lograr objetivos comunes y formar un equipo. De esta forma, fomentan la comunicación y orientan el desempeño de los demás. En este caso, en las personas mayores es importante poseer habilidades sociales y tener bienestar personal, puesto que pueden utilizarse como factores de protección de la salud (Rotger, 2018).

Este conjunto de habilidades fue considerado un tipo de inteligencia basada en el uso adaptativo de las emociones que facilita una mayor capacidad para solucionar problemas y adaptarse de forma eficaz al medio que le rodea. La inteligencia emocional propone una visión funcionalista de las emociones y une dos interesantes ámbitos de investigación como son los procesos afectivos y los cognitivos que hasta hace relativamente poco tiempo, se creían independientes e, incluso, contrapuestos (Mayer y Salovey, 1995 citado por Duran, 2013). Poseer estas capacidades implicaría una mejor adaptación y resolución de los conflictos cotidianos no solo mediante el uso de las capacidades intelectuales, sino a través de la información adicional que proporcionan los estados afectivos (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006, citado por Meléndez et al. 2019).

El estudio hecho por López, Chesta, Véliz, (2014), buscó identificar el nivel de inteligencia emocional en adultos mayores de 8 sectores de la ciudad de Temuco, mediante la aplicación del test Trait Meta-Mood Scale (TMMS), que evalúa tres dimensiones de la inteligencia emocional (percepción, comprensión y regulación emocional). En ella utilizaron una muestra de 90 adultos mayores, 15 hombres y 75 mujeres. Edad promedio 71,6 años. A continuación, se compararon los resultados de la muestra obtenida de acuerdo con género, edad, nivel educativo y el rendimiento obtenido en la prueba de estado mental (MMSE). De esta forma se buscó identificar el nivel de inteligencia emocional en adultos mayores con altos y bajos puntajes en el Minimental (MMSE), y de gran importancia la pertinencia del instrumento TMMS para ser aplicado en población adulto mayor. Los resultados indicaron que los adultos mayores poseen un adecuado nivel de inteligencia emocional, independiente de la puntuación en el MMSE, el sexo, la edad y nivel educativo. Sólo en la dimensión comprensión emocional hallaron que los hombres presentan una media más alta y estadísticamente significativa respecto a las mujeres. La confiabilidad del instrumento resulta adecuada en sus tres dimensiones: Percepción emocional (,79), Comprensión de sentimientos (,83) y Regulación emocional (,89).

VII. Cognición social

La cognición social se define como “la capacidad de interpretar adecuadamente los signos sociales y actuar en consecuencia” (Butman, 2001 citado por Politis, Victoria y Florencia, 2008, p. 361).

El término cognición social se refiere al “conjunto de habilidades que permite a individuos de la misma especie interactuar entre sí en función del intercambio de señales, como la voz, la postura corporal o las expresiones faciales”. En el concepto de cognición social están implicadas, la teoría de la mente (TdM) y la toma de decisiones sociales (Taberero et al. 2017, p. 539).

VIII. Emoción

El diccionario de la Real Academia Española define la emoción como una “alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática” (Taberero y Politis, 2013, p.58).

La definición de emoción, como señala Rotger (2018):

“Refiere que las emociones son fenómenos psico-fisiológicos que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo, que son inevitables y de corta duración. Estas necesarias para las funciones adaptativas donde se presenta un estímulo, y el cuerpo se prepara para asimilarlo y traducirlo en reacciones emocionales” (p. 80).

Por otra parte, Scherer (2000) ofrece una definición operativa, las emociones son “episodios de cambio coordinado en distintos componentes (activación neurofisiológica, expresión motora, experiencia subjetiva, etc.) en respuesta a eventos internos o externos de importancia para el organismo” (p.58).

Así pues, se propone otra definición, como señala Trápaga et al. (2018):

“La emoción son respuestas a estímulos internos o externos, significativos para la persona, se destaca en ellas la presencia de

componentes cognitivos y psicológicos. Tienen un carácter dual, son positivas o negativas, muestran patrones de respuesta diferenciados en los planos psicológico, expresivo y conductual, son de manifestación breve e intensa y su función total es adaptativa o de ajuste al medio, según la frecuencia e intensidad pueden tener un efecto desorganizador del funcionamiento psíquico. Implican una relación bilateral con la cognición, en tanto la evaluación de la situación o estímulo desencadenante es parte de la respuesta emocional” (p. 100).

Las emociones por consiguiente son fundamentales para la toma de decisiones, ya que están guían a las personas en la dirección correcta, aprovechando así al máximo las posibilidades que brinda la lógica. La razón es crucial para la emoción. El primer paso para cambiar la respuesta emocional es comprender la insuficiencia de la respuesta emocional. De tal forma el término inteligencia emocional hace referencia al binomio de emociones racionales (Rotger, 2018). Así mismo Ledoux (1999) sostiene que las emociones son “respuestas físicas controladas por el cerebro que permitieron a organismos antiguos sobrevivir en entornos hostiles y procrear” (p.58).

Las emociones básicas son un pequeño grupo de estados emocionales biológicamente determinados, presentes en varias especies, enlazado con la conservación de la vida. Alegría, tristeza, enojo, asco, miedo y sorpresa son las que han recibido mayor consenso. Estas emociones responden a un mecanismo biológicamente determinado que activa un patrón específico de reacciones corporales ante la presencia de estímulos que responden a cada estado emocional (Damasio, 2005, citado por Tabernero, Rubinstein, Cossini y politis, 2016). Damasio (1994) describe que las emociones “son acciones que se expresan en el rostro, la voz o en conductas específicas, tendientes a mantener la homeostasis del organismo” (p.58).

Las emociones positivas pueden expandir temporalmente el rango de pensamiento de las personas y permitir una atención flexible, lo que puede mejorar la felicidad. Si, con la edad, la persona pierde recursos, roles, habilidades y tiene que lidiar con cambios importantes en diferentes áreas de la vida, entonces el manejo emocional efectivo debería ayudar a las respuestas adaptativas. La vejez se plantea como una etapa de grandes acontecimientos estresantes a menudo

incontrolables, en la que los adultos mayores se encuentran en un constante proceso de reevaluación de sus propias capacidades, la falta de control ante situaciones tales como el duelo, los problemas crónicos de salud, etc., puede propiciar que estos sean evaluados como daño o pérdida por la dificultad para generar recursos que faciliten la adaptación. Percibirse como ineficaz hace a la persona mayor más vulnerable, y por eso es importante destacar la inteligencia emocional durante el envejecimiento (Meléndez, Delhomb, y Satorres, 2019).

La presente y reciente investigación realizada por Bendezu (2021), tuvo como objetivo identificar la relación entre maltrato e inteligencia emocional de los adultos mayores de una urbanización en Ica - 2020. La muestra estuvo conformada por 84 adultos mayores, investigación aplicada, nivel correlacional, cuantitativa y corte transversal. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Maltrato al Adulto Mayor (GMS) y Trait Meta Mood Scale - 24. Los resultados demuestran que existe una correlación inversa significativa de nivel moderado entre las variables maltrato e inteligencia emocional. En relación con la variable maltrato con las dimensiones de inteligencia emocional, predomina una correlación inversa significativa con predominio en el nivel moderado y con relación a la variable inteligencia emocional con las dimensiones de maltrato prevalece una correlación inversa significativa con predominio en el nivel moderado seguido del bajo. En su conclusión el nivel de maltrato, presento mayor incidencia en el nivel de riesgo medio de maltrato y para los niveles de inteligencia emocional hubo mayor.

IX. Empatía

La empatía se define como “La capacidad de captar y sentir las emociones de otras personas, sentimiento de compasión y capacidad para colocarse en la situación de la otra persona, y de esta manera sentir lo que la otra persona está sintiendo” (Toro y Yepes, 2018, p. 135).

La empatía emocional y la cognitiva son procesos generados y procesados por diferentes estructuras cerebrales, lo que explica la razón por las que algunas personas son capaces de sentir lo que otra persona siente (empatía emocional), pero no de ayudarla y diseñar un plan de ayuda (empatía cognitiva). En contraste, hay personas que pueden hacer las dos cosas gracias a que poseen la capacidad cerebral para desarrollar empatía emocional y cognitiva. Las neuronas espejo van a permitir identificar la emoción en el otro y harán que el aspecto facial adopte la misma

expresión que se observa en la otra persona, entendida también como la fase de contagio emocional (Toro y Yepes, 2018).

De acuerdo con el estudio realizado por Ortega, Cacho, López-Goñi y Tirapu-Ustárrroz (2014), estudiaron la respuesta empática en dos grupos de personas mayores, su relación con la inteligencia emocional y el juicio moral. Participaron 60 sujetos divididos en dos grupos de 30 cada uno, utilizando batería de pruebas: Trait Meta-Mood Scale-24, cuestionario disejecutivo, índice de reactividad interpersonal (IRI) y dilemas morales. Dentro de sus resultados hallaron que en la dimensión de toma de perspectiva del IRI, el grupo de edad avanzada puntuó significativamente menos que el grupo de mediana edad ($U = 279$; $p < 0,05$). En el resto de las variables no encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sus conclusiones fueron guiadas por la muestra de la ausencia de un déficit generalizado en la cognición social en la muestra de ancianos evaluada. Sin embargo, apreciaron diferencias en función de la edad en la empatía y en el rendimiento ejecutivo: con el paso del tiempo tiene lugar un deterioro progresivo en la teoría de la mente y un declive en la capacidad empática general. Con respecto a la inteligencia emocional, mencionan los ancianos evaluados manifiestan una adecuada percepción y comprensión de sus emociones, aunque informan de una peor capacidad para manejar y regular sus afectos.

La percepción de dolor físico en los gestos de la cara de una persona que sufre activa la ínsula y la corteza cingulada anterior, el mismo grupo de neuronas que se activarían si experimentáramos la emoción por sí mismos. Así el cerebro siente el dolor de esa persona como si fuera propio y en ese momento es cuando la empatía emocional se ha desarrollado completamente. Sin embargo, en algunas personas el proceso no se detiene allí y el cerebro experimenta cambios necesarios para el desarrollo de la empatía cognitiva, es esta misma la que permitirá tomar la perspectiva psicológica de la persona con dolor, ver las cosas desde su punto de vista y diseñar un plan efectivo para ayudarla (Toro y Yepes, 2018).

La empatía como la capacidad de reconocer y comprender los sentimientos, necesidades y opiniones de los demás, ponerse en la posición de los demás, aceptar y aprender de la diversidad de las personas, permite poseer la siguiente capacidad: saber conocer a las personas, entender fácilmente las señales no verbales y saben escuchar, tienen una buena relación con las personas y

pueden comprender diferentes puntos de vista y visiones del mundo. Estas personas disfrutaban de los siguientes beneficios: sensibilidad; responder correctamente a las reacciones emocionales de los demás y aceptar la diversidad; aprovechar las oportunidades que ofrecen los demás, el reconocimiento social y la popularidad; anticipar las necesidades del otro y brindar la ayuda necesaria. Debido a la experiencia de vida, las personas mayores con actitud empática muestran una respuesta adaptativa a la nueva era y son fáciles de aceptar los cambios relacionados con el comportamiento (Toro y Yepes, 2018).

Este proceso ocurre gracias a la activación de las neuronas localizadas en la corteza prefrontal, las cuales utilizan dopamina para comunicarse entre ellas, y al hacerlo generan el deseo de intentar hacer algo. Es entonces cuando no solamente la persona siente la emoción de la otra persona, sino que también desarrolla un plan efectivo para ayudarla. En conclusión, la empatía es un proceso cerebral que se ha desarrollado a través de millones de años de evolución y que ha alcanzado su grado máximo de perfección en el ser humano. Sin embargo, parece que no todos tienen la capacidad cerebral para sentir empatía en su forma más completa, la emocional y cognitiva (Toro y Yepes, 2018).

La investigación realizada por Paredes, Vidaurre y Calonge (2018), tuvo como objetivo determinar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad de vida en adultos mayores de una Asociación de Jubilados del Distrito de Tuman en Perú. En esta la población fue de 120 adultos mayores entre 60 y 90 años a quienes les administraron el TMMS (Trait Meta Mood Scale) –24 de Salovey y Mayers para medir la inteligencia emocional; y la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes. La inteligencia emocional tiene tres dimensiones: Atención Emocional (AE), Claridad Emocional (CE) y Reparación Emocional (RE). La Calidad de vida se asume desde la teoría de los Dominios de Olson y Barnes con siete dimensiones o factores: 1. Hogar y Bienestar Económico (HBE), 2. Amigos, Vecindario y Comunidad, 3. Vida Familiar y Familia Extensa (VFFE), 4. Educación y Ocio (EO), 5. Medios de Comunicación (MC), 6. Religión (RE) y 7. Salud (S). Los resultados revelaron que existe relación positiva entre inteligencia emocional y calidad de vida a un nivel de significancia $p < 0.01$, y también existe relación entre claridad emocional y las dimensiones de medios de comunicación y salud ($p < 0.01$); relación entre reparación emocional y las dimensiones de hogar y familia ($p < 0.05$) y medios de comunicación, religión y salud ($p < 0.01$). El nivel predominante de inteligencia emocional fue el nivel medio

(59.2%), seguido del nivel alto (40.8%), y no encontraron inteligencia emocional baja. El nivel predominante de calidad de vida fue el nivel medio (49.2%), seguido del nivel alto (31.7%).

X. Teoría de la mente

La teoría de la mente se define como “la capacidad de extraer y entender los pensamientos, sentimientos, emociones e intenciones de otra persona, siempre teniendo presente que se trata de otra persona, no de uno mismo”. (Toro y Yepes, 2018, p. 135- 136). En otras palabras, permite adoptar el punto de vista psicológico de otra persona, ver las cosas desde la perspectiva del otro, siempre entendiendo que se trata de alguien fuera de nosotros. Esta capacidad, también conocida como empatía cognitiva permite no solamente sentir las emociones de otra persona (empatía emocional), sino también diseñar un plan para ayudar efectivamente. Es la empatía cognitiva (teoría de la mente) ayuda a entender la situación desde el punto de vista psicológico, y a reconocer que, aunque se logre sentir la emoción, se trata de otro ser humano (Toro y Yepes, 2018).

También al mismo tiempo, la lectura de la mente se define como “la habilidad de interpretar las acciones propias y ajenas, comandadas por estados mentales” (Politis, Victoria, y Florencia, 2008, p. 361).

Se entiende por Teoría de la mente “la actividad de representarse los estados mentales y emocionales de los demás (sus percepciones, objetivos, creencias, expectativas) y adecuar la conducta en consecuencia” (Taberner et al. 2017, p. 540).

En un trabajo de Gregory y colaboradores (2002) arrojó un rendimiento significativamente menor en comparación con sujetos normales y pacientes con enfermedad de Alzheimer. Dicho estudio propone la hipótesis de que los cambios en la personalidad y el comportamiento observados en los pacientes podrían estar reflejando fallas en Teoría de la Mente.

La Teoría de la mente cognitiva se refiere “a los procesos cognitivos necesarios para tener en cuenta el punto de vista y el estado cognitivo del otro, a la creencia acerca de las creencias” (Taberner et al. 2017, p. 540). La principal región encargada es la corteza prefrontal dorsolateral. La Teoría de la mente afectiva hace referencia a la “creencia acerca de los sentimientos, la representación de los estados afectivos y motivacionales, y está relacionada con los procesos cognitivos necesarios para reaccionar emocionalmente ante las experiencias de los otros”. La

región identificada es la corteza prefrontal ventromedial, la delegada de integrar los componentes cognitivos con los emocionales. (Tabernero et al. 2017, p. 540).

De acuerdo con el estudio realizado por Tabernero, Eugenia, Politis, y Daniel (2011), donde evaluaron los procesos cognitivos involucrados en la resolución del Test de Caras en comparación con el test Lectura de la Mente en los Ojos (LMO) y la utilidad de ambos para el diagnóstico de alteraciones en la teoría de la mente en pacientes con alteración neurodegenerativa. Los resultados arrojaron una correlación significativa entre LMO y el Test de Caras, una doble disociación entre ambas pruebas, esto concluyendo la presencia de correlaciones indica que ambas pruebas son válidas para el uso de valor clínico. Así mismo el hallazgo de disociaciones indica que cada una evalúa procesos cognitivos parcialmente independientes.

La Teoría de la mente fue definida por Premack et al. (1998) como la “habilidad de conceptualizar estados mentales de otras personas (meta representaciones- percepciones, objetivos, creencias, expectativas) para poder explicar y predecir gran parte de su comportamiento” (p.58). Dentro de las capacidades que requiere la teoría de la mente se encuentra el reconocimiento de estados emocionales secundarios a partir de la cara completa, la mirada, o la voz, la comprensión de los errores sociales, la detección de la ironía, el juicio moral y la empatía” (Tabernero y Politis, 2013).

XI. Consciencia emocional

Se refiere que la consciencia emocional, como señala Trápaga et al. (2018).

“Es la capacidad para reconocer y comprender los sentimientos, emociones y necesidades propios, así como el efecto que ejercen sobre la conducta y sobre los demás; constituye, asimismo, una guía en la toma de decisiones. Implica una autovaloración realista, basada en el reconocimiento de las propias fortalezas y debilidades, que redundan en la auto confianza” (p. 104).

Los hechos han demostrado que la población adulta junto con la vejez constituye una de las etapas más largas de la vida, lo que lleva a la necesidad de las personas mayores a mejorar su

condición, defenderla, vivirla y disfrutarla, lo que significa saber envejecer. En este sentido, la educación emocional de las personas mayores es el requisito para lograr un envejecimiento satisfactorio (Trápaga et al. 2018).

La investigación reciente de Arroyo-Anllóa, Chamorro, Ortiz y Roger (2017), elaboró una revisión del estado actual del concepto emergente denominado consciencia del otro en algunas enfermedades neurodegenerativas. De esta forma realizaron búsqueda de la literatura relacionada con la temática consciencia del otro en demencias en un periodo de 15 años (2000-2015). En consecuencia, analizaron cada estudio y lo clasificaron en relación con al menos uno de los componentes que definen la consciencia del otro y en función del tipo de neuropatología. Sus resultados arrojaron que, en las primeras etapas los pacientes presentan una vida social aceptable a pesar de presentar algunas dificultades en algunos aspectos de la consciencia del otro, asociadas al deterioro cognitivo general, tales como la prosodia emocional o la pragmática del lenguaje. Esto sustentado por medio de los estudios de neuroimagen que sugieren que los cambios de personalidad en pacientes con patologías neurodegenerativas podrían deberse a un desequilibrio de complejas redes frontotemporales del hemisferio derecho, que producen alta disminución de la atención hacia las señales sociales relevantes, de sus emociones, de la consciencia de las reglas sociales, así como de la consciencia de sí mismo, lo que le lleva a mostrar comportamientos aberrantes.

Por lo cual se dice que no existe una cultura de la vejez en la sociedad actual, lo que significa que, en muchos contextos culturales, se considera que las personas mayores son personas que han llegado a su fin, más que personas que han pasado por un largo camino. Esta situación también se complica por las condiciones inherentes a la edad, como la dinámica familiar provocada por la jubilación, la pérdida de familiares y amigos, cambios en los roles sociales, etc. Las personas mayores deben afrontar el desafío de participar activamente en la salvaguardia de la salud física y mental, es importante tener un fortalecimiento de las relaciones sociales y la promoción de un proceso de envejecimiento satisfactorio para optimizar la felicidad (Trápaga et al. 2018).

Las personas con consciencia emocional tienen la capacidad de saber qué emociones están sintiendo y por qué las producen, saben cómo sus sentimientos afectan su comportamiento, reflexionan sobre ellos y aprender de la experiencia. Los beneficios que disfrutan estas personas

incluyen: reconocer la vejez, sus vivencias y sus consecuencias, utilizan la experiencia de vida como una ventaja para enfrentar el presente y proyectar el futuro. La conciencia emocional de los adultos los hace más seguros y confiados, lo cual es un requisito para guiar eficazmente su comportamiento (Trápaga et al. 2018).

I.V Capítulo: Marco metodológico

I. Tipo de estudio y alcance

Es una investigación de tipo estudio no experimental con un diseño transversal buscó correlacionar la inteligencia emocional con el deterioro cognitivo leve, para posteriormente identificar el grado de deterioro cognitivo y describir el estado de inteligencia emocional. Los datos se recolectaron por medio de siete instituciones geriátricas y a su par por el método bola de nieve que se fue generando en las mismas, se recolecta la información es en un solo momento con el propósito de describir las variables, analizar su incidencia e interrelación en el momento dado.

El alcance se centró en contrastar el nivel y tipo de relación existente entre la inteligencia emocional con el deterioro cognitivo leve, detalló la manifestación, así como se especificó las características, procesos y objetos que se sometieron a análisis. Es decir, se midió y recogió información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos y las variables asociadas, con el fin de conocer la relación o grado de asociación que existía entre el deterioro cognitivo y la inteligencia emocional, midiendo cada una de estas variables, para lo cual después se cuantificó y analizó la vinculación. Por tanto, la presente investigación se sustenta en un estudio transversal con alcance descriptivo-correlacional.

II. Población

En este trabajo se utilizó el método de muestreo no probabilístico a criterio, puesto que se solicitaron y seleccionaron a las personas que poseían características particulares que obedecían los criterios de la investigación, por medio de un muestreo por conveniencia, convocando a los participantes a través de centros e instituciones geriátricas, y a su vez por un muestreo bola de nieve que permitió tener éxito en el número estimado de participantes propuestos para el estudio, este se llevó a cabo de manera presencial, teniendo en cuenta todos los protocolos de bioseguridad (tapabocas, guantes, careta, alcohol, entre otros) estipulados por la secretaria de salud y protección

social, como se estipula en la resolución número 1155. La muestra de las personas quedó conformada por quienes decidieron participar y a su vez cumplían con los criterios establecidos para la investigación, se estimó y se llegó a un total de 108 participantes.

III. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Personas adultas y adultos mayores
- Personas de ambos sexos.
- Participantes de centros e instituciones geriátricas, y personas seleccionadas por medio de un muestreo en bola de nieve.

Exclusión:

- Antecedentes médicos que impidan la aplicación de los instrumentos psicológicos.
- Tener diagnóstico neuropsiquiátrico neurológico previo, según historial médico o referencia familiar comprobada.
- Consumir sustancias psicoactivas.
- Personas que no deseen participar en el estudio.

I.V Procedimientos

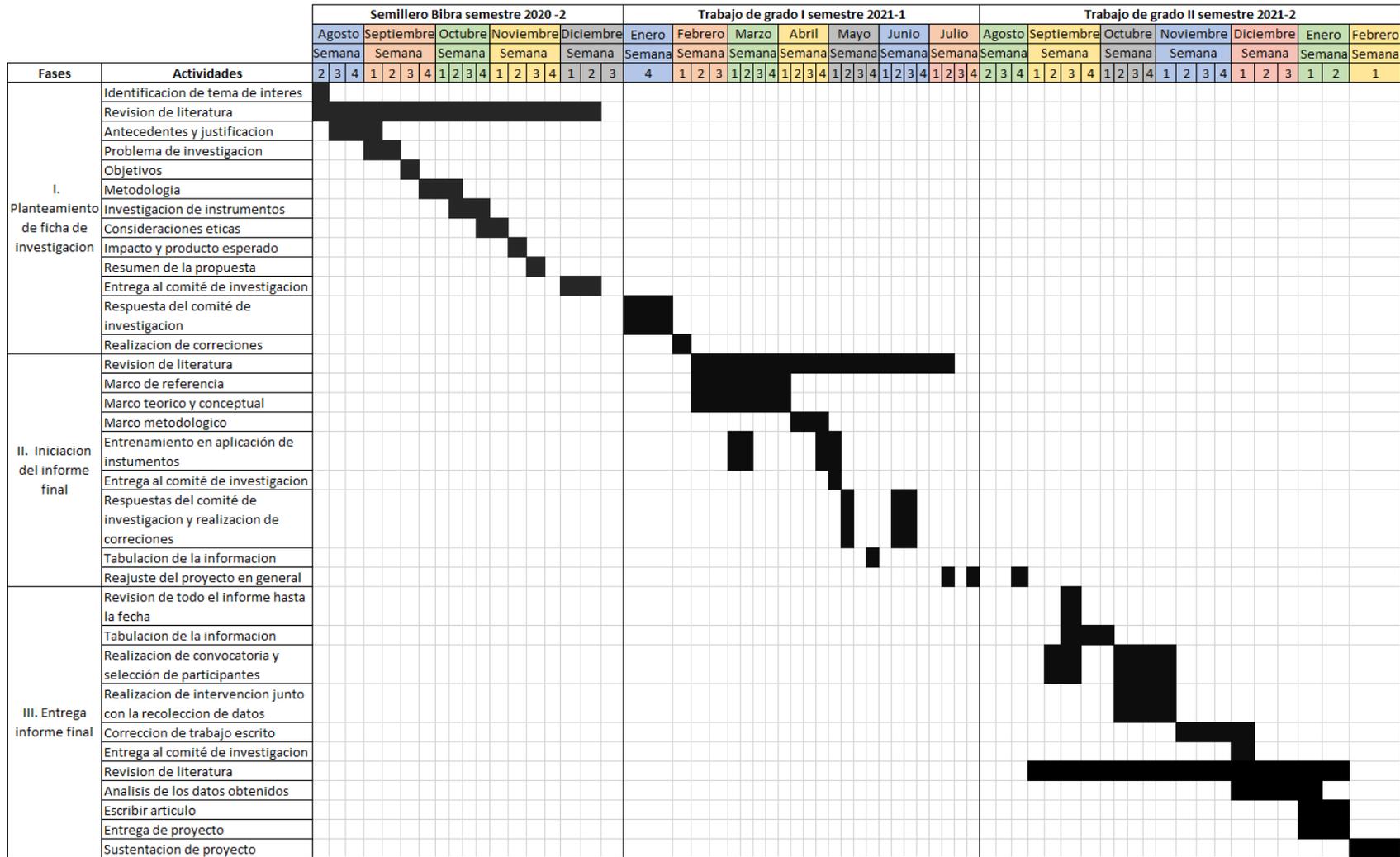


Figura 1. Cronograma de trabajo- Diagrama de Gantt

Fase I. Planteamiento de ficha de investigación

Esta primera fase consistió en el descubrimiento necesario e importante de la identificación del tema que sería el motivador para empezar este proceso de la investigación y propuesta de trabajo de grado, inicia con el aprendizaje enriquecedor del semillero en donde nace la necesidad, amor y curiosidad de investigar seguido de esto se empieza a averiguar sobre los estudios, avances y últimas actualizaciones que se la investigación ha realizado en referencia al tema de interés, junto con el acompañamiento permanente del semillero se empieza la construcción y propuesta de ficha de investigación, realizando una ardua revisión de la literatura, para comenzar con la redacción del mismo, finalmente esta etapa termina con la culminación de la ficha y envío necesario para el comité de investigación de la universidad.

Fase II. Iniciación del informe final

Esta segunda fase inicia con la aceptación de la propuesta investigativa por parte de la universidad, abriendo paso a seguir con el proceso de la iniciación de redacción del informe final, en la cual se realiza una revisión de la literatura mucho más extensa para llevar a cabo el marco de referencia (teórico-conceptual), al tener este producto se hace una revisión detallada de la propuesta antes planteada del marco metodológico en el que se hacen unos ajustes necesarios que permitan el cumplimiento de los objetivos de la investigación y continuación del informe, junto con estos avances empieza la etapa de entrenamiento de los instrumentos que se utilizaron en el estudio, se realizan las entregas y los ajustes pertinentes del proceso investigativo.

Fase III. Entrega informe final

Esta última etapa estuvo compuesta por la iniciación de la convocatoria a los participantes en centros e instituciones geriátricas y a su vez el muestreo por bola de nieve que permitió cumplir con los objetivos propuestos para la población, se realizan el respectivo proceso administrativo y se prosigue de esta manera a dar inicio a la aplicación de los instrumentos de medida propuestos para la investigación, después de todo el proceso llevado a cabo para la aplicación del estudio, se empieza la ardua investigación en el análisis de datos, con ayudas como Excel y SPSS que permitieron guiar el proceso en lo cuantitativo, y para concluir se hacen los respectivos análisis y discusiones y conclusiones. Los procesos que dirigen al fin de la investigación estuvieron

compuestos por la realización del informe final, la construcción del artículo investigativo, su publicación y debida sustentación ante la universidad.

V. Instrumentos

I. Técnicas para la recolección de información: Se gestionaron encuentros presenciales para explicar a los participantes los objetivos de la investigación y solicitar la colaboración en la participación de este, junto con la aceptación y recolección del consentimiento informado. En consecuencia, se siguieron los siguientes procesos:

- 1) Se seleccionó a los sujetos adultos y adultos mayores a través de centros e instituciones geriátricos y también por medio de una voz a voz, en donde se eligen entre los participantes teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.
- 2) Se hizo el respectivo diligenciamiento del consentimiento informado, el cual se manejó por medio de la encuesta forms donde se explicaba a detalle los aspectos generales del estudio y en qué consistía la participación de este y el aval de este.
- 3) Se les aplicó primeramente la escala de Moca para determinar el grado de deterioro cognitivo, con el propósito de hacer una caracterización, por tal motivo con la aplicación de la escala no se pretendió determinar diagnósticos, solo caracterizar la enfermedad.
- 4) Se empleo para dar continuidad el cuestionario Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) para describir el estado de inteligencia emocional (atención, claridad y reparación) por medio de la aplicación de este.
- 5) A todas las personas se les hizo el proceso de aplicación de los instrumentos y les entrego los respectivos resultados por medio de un informe en donde se dio a conocer los resultados y se explicó el objetivo de caracterizan la enfermedad y no diagnosticar. Por supuesto para efectos de esta investigación solo se tuvo en cuenta a las personas que cumplían con el criterio de inclusión: deterioro cognitivo leve.

❖ Para identificar el grado de deterioro cognitivo y caracterizar la enfermedad se utilizó:

I. Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (Moca): Es un test de tamizaje breve, diseñado para ayudar a la detección de deterioro cognitivo leve (DCL) se compone de 19 ítems y ocho dominios cognitivos que valoran habilidades como:

- Orientación espacio temporal: Capacidad de poder orientarse temporalmente (fecha actual, año, mes, estación) y también de forma espacial (lugar de la evaluación, ciudad, país).
- Memoria a corto plazo / Recuperación retardada (recuerdo): Debe repetir unas palabras anteriormente dichas, a su vez después de pasado un tiempo debe repetirlas nuevamente.
- Función ejecutiva y habilidad visuo-espacial: Requiere de dibujar y secuenciar correctamente.
- Habilidades de lenguaje: Consiste en repetir oraciones y enumerar palabras que se recuerden.
- Abstracción y denominación: Da la explicación de objetos e indica el nombre de unas imágenes.
- Atención: La persona repite una serie hacia adelante y luego una serie hacia atrás.
- Dibujo: Debe dibujar un reloj con instrucciones claras, de esta manera se evalúa percepción visual, coordinación visomotora, capacidad viso constructiva - planificación y ejecución motora.

La versión en español del test de Moca diseñado por Nasreddine en 2005, contempla unas características psicométricas que describen un alto nivel de confiabilidad y validez con una sensibilidad de 87% y una especificidad en un rango de 90% para deterioro cognitivo leve con un punto de corte <26. Por tanto, la escala se considera altamente confiable, presentando valores de alfa de Cronbach/consistencia interna de (0.85), siendo capaz de discriminar entre grupos de diferentes niveles de deterioro cognitivo mostrando una adecuada sensibilidad y especificidad (Pedraza, Salazar, Sierra, Soler, Castro, Castillo, Hernández y Piñeros, 2016).

❖ Para evaluar el estado de inteligencia emocional se empleó:

II. Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24): Consta de un autoinforme que evalúa la Inteligencia Emocional Auto percibida basada en el modelo de Salovey y Mayer (1990). Este cuestionario mide:

a) Atención Emocional, b) Claridad Emocional y c) Reparación Emocional.

Se pide a la persona que indique el grado de acuerdo con cada afirmación sobre sus emociones y sentimientos. De esta forma se mide el factor Atención Emocional, la Claridad Emocional y la Reparación Emocional (González, Custodio & Facundo, 2020).

El Trait Meta-Mood Scale 24 (TMMS-24) es la versión validada en España del (TMMS-48) de Salovey y Mayer en 1990 el cual fue elaborado con un enfoque metacognitivo de la emoción, denominándolo “Escala rasgo de metaconocimiento de los estados emocionales”. Al traducir y hacer la validación del autoinforme la TMMS-24 fue adaptada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos en 2004, quienes redujeron a la mitad el total de ítems y mantuvieron la estructura conceptual y las dimensiones del original (González, Pérez y Calvete, 2016).

Este mantiene las 3 dimensiones evaluadas en la escala original, aunque 24 ítems fueron eliminados por su baja fiabilidad, al evaluar aspectos interpersonales y emocionales generales. De los ítems restantes aquellos expresados negativamente se convirtieron en positivos para facilitar su comprensión. Así, finalmente, el resultado fueron tres subescalas con valores de alfa de Cronbach: atención (0,90), claridad (0,90) y reparación (0,86). Mostrando de esta forma la fiabilidad alta para el total de la escala $\alpha = 0,89$ (Durán, 2013).

II. Técnicas para el análisis de información

Los datos recolectados del estudio se analizaron y previamente se verificó la normalidad por medio de la utilización del test Kolmogorov Smirnov. De esta manera los datos se distinguieron por ser paramétricos, por tanto, se utilizó la correlación de Pearson, esta correlación se usó con el fin de evaluar la relación lineal de las dos variables cuantitativas. Así como lo propone el proyecto se buscó la relación lineal entre el cambio de la variable (Deterioro cognitivo) siendo esta la variable independiente y la asociación con un cambio proporcional en la otra variable dependiente (Inteligencia emocional), con la descripción del nivel de inteligencia emocional y el grado de deterioro cognitivo en los participantes.

V.I Consideraciones Éticas

Toda la información que se obtuvo de la investigación se utilizó con el fin de generar conocimiento de forma prospectiva; para la recolección de datos se empleó pruebas psicológicas guiadas por instrucciones que fueron aplicadas a los participantes, a los cuales no se les manipuló,

ni modifico la conducta. El riesgo principal que existo es que los participantes sintieran que las preguntas que se les hacían eran personales, íntimas y por tal razón se generara incomodidad. Con el propósito de minimizar estos riesgos, tanto los participantes como sus cuidadores o tutores legales podrán dar por terminada la sesión en cualquier momento que desearán. De acuerdo con lo dicho el estudio presenta un riesgo mínimo, así como lo estipula el artículo 11 de la “Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano”.

La presente investigación se comprometió a estar regida por las normas, estándares jurídicos, legales y éticos considerados a continuación:

- Como investigadora tuve completa honestidad en todos los aspectos, la responsabilidad que se requirió en la ejecución, así mismo vele por la integridad y honradez, promoviendo la aplicación adecuada de los métodos investigativos, con el fin de basar las conclusiones en un análisis crítico e informativo de los resultados e interpretaciones del estudio, éticas establecidas por la “Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación”, Ibid., p. 2-3.
- Promoví y vele por la salud, bienestar y derechos de los participantes adultos y adultos mayores. El propósito de la investigación el cual era proporcionar conocimiento del deterioro cognitivo y la inteligencia emocional en cuanto a sus asociaciones, descripciones y relaciones. Las intervenciones que lleve a cabo fueron seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad, así mismo protegí los datos de los participantes, manteniendo en confidencialidad la información. Las personas que tuvimos acceso a los datos fue mi asesora de grado y yo como investigadora, quienes nos fue importante tener conocimiento de la información para validar los datos que se recopilamos. La información fue recolectada por forms y luego llevada a bases de datos, donde posteriormente se configuro por medio de encriptación por protección con contraseña y se procedió a almacenar en un correo electrónico para medio específicamente de la investigación, y así mismo de los datos que se recolectaron solo se utilizaron para publicación aquellos que dieron constancia de los resultados propuestos para este estudio, manteniendo en anónimo cualquier dato que represente reconocimiento de los participantes, como se plasman en los principios 6, 9 y 10 de la “Declaración de Helsinki de la Amm-principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 2017”.

- Todo el estudio e investigación fue basado en conocimiento de bibliografía científica y fuentes de datos de la Corporación Universitaria Iberoamericana pertinentes para extracción de la información que se requirió, con el propósito de permitir y favorecer la descripción clara y justificada de la investigación, como se sustenta en los principios 21 y 22 de la “Declaración de Helsinki de la Amm-principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 2017”.
- Los participantes dieron su consentimiento informado y recibieron información del objetivo y todo otro aspecto relacionado a la investigación, de igual forma fueron informadas sobre los resultados generales del estudio, como lo menciona los principios 26 y 28 de la “Declaración de Helsinki de la Amm-principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” y el artículo 8 y 14 de la “Resolución 8430 de 1993”.
- Respete plenamente la dignidad humana, los derechos humanos, las libertades fundamentales, los intereses, el bienestar de los participantes adultos y adultos mayores, y la igualdad fundamental de todos los seres humanos, de tal modo que recibieron por mí un tratado con justicia, equidad, sin ningún tipo de discriminación, tal como lo sustenta el artículo 3, 10 y 11 de la “Declaración universal sobre Bioética y Derechos humanos”.
- Todos los participantes los traté como personas autónomas y cuando su autonomía por algún motivo estuvo disminuida, estuve en el derecho de protegerla. Trate a las personas con ética, respete sus decisiones y protegí de daño, asegure su bienestar, de esta manera maximice los beneficios y disminuí los posibles riesgos. El proyecto represento por medio de mi compromiso la oportunidad y responsabilidad de acumular la información sistemáticamente y global sobre la descripción de la inteligencia emocional, el deterioro cognitivo y el tipo y grado de relación entre las mismas variables. Como lo sustenta los apartados 2 del “Informe Belmont”.

Por lo dicho anteriormente garantice en la investigación todos los requisitos establecidos para la elaboración adecuada de las consideraciones éticas, respetando los derechos humanos y responsabilidades establecidas y pactadas en todas las normativas investigativas, así mismo los concebidos en la resolución 379 de 2014 de la Corporación Universitaria Iberoamericana. De tal manera la implementación y el proceso del estudio dio la constancia del uso correcto de estos reglamentos.

V. Capítulo: Análisis de resultados

I. Datos sociodemográficos descriptivos de la población

Estos representan los datos recolectados y obtenidos de 108 participantes que conforman el total:

Tabla 1. Variables-Datos sociodemográficos

Variable sociodemográfica	Ítems	Cantidad	Porcentaje
Edad	40-49	26	24%
	50-59	11	10%
	60-69	16	15%
	70-79	28	26%
	80-90	27	25%
Genero	Hombre	37	34%
	Mujer	71	66%
Estado civil	Soltero/a	40	37%
	Casado/a	31	29%
	Viudo/a	15	14%
	Divorciado/a	15	14%
	Unión libre	7	6%
Lugar de residencia	Hogar geriátrico	61	56%
	Casa u apartamento	47	44%
Estrato	1-2	46	43%
	3-4	44	41%
	5-6	18	17%
Nivel de escolaridad	Primaria	40	37%
	Bachillerato	24	22%
	Técnico o tecnológico	11	10%
	Universitario	16	15%
	Postgrado	17	16%
Ocupación actual	Actividades de casa	11	10%

	Trabajar	35	32%
	Actividad de hogar geriátrico	62	57%
Actividades de ocio	Ver televisión	94	
	Juegos de mesa	58	
	Leer	44	
	Hablar con amigos	71	
	Bailar	34	
	Caminar	97	
	Escuchar música	59	
	Cantar	29	
	Dibujar / colorear	49	
	Ninguna	1	
Carga de estrés a lo largo de la vida	Alta	33	31%
	Media	37	34%
	Baja	38	35%
Horas de descanso diarias	1-5	24	22%
	6-8	54	50%
	9-12	29	27%
	+12	1	1%
Practica de actividad física	Si	69	64%
	No	39	36%
Red de apoyo	1-3	53	49%
	4-6	35	32%
	7-10	11	10%
	+10	9	8%
	Total	108	100%

Los datos sociodemográficos de la población de estudio que finalmente representan la muestra que fue seleccionada y sometida análisis teniendo en cuenta los parámetros de exclusión e inclusión del estudio, principalmente la variable independiente de poseer Deterioro Cognitivo Leve estuvo conformada por una muestra total de 56 personas:

✓ **Edad**

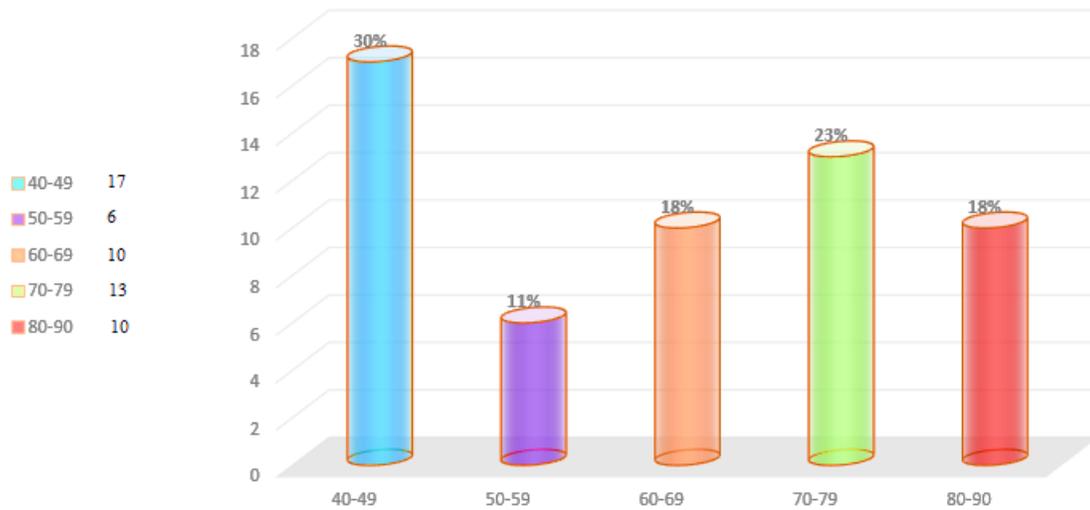


Figura 2. Datos de variable sociodemográfica- edad

Como se representa en la figura 2 el rango de edad que menos participación obtuvo y se recolectó fue de 50 a 59 años puntuando un 11% para una cantidad de 6 personas. De igual forma los demás datos que representan las edades que fueron participes del estudio dan cuenta de la variación que se tuvo, siendo de 40 a 49 años las personas que más participaron con un 17 que representa el 30%. No se evidencia una tendencia marcada hacia alguna edad en específico, por el contrario, se enmarcan en promedios similares.

✓ **Genero**

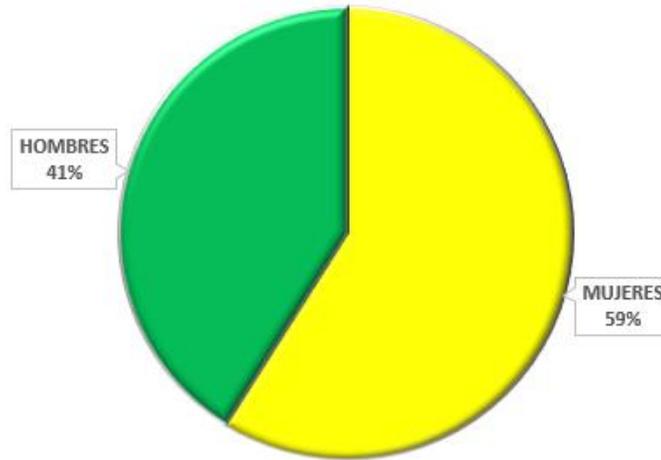


Figura 3. Datos de variable sociodemográfica- Género

Como se logra identificar en la gráfica 3 dentro de la muestra que se contó para el estudio se halló que las mujeres tuvieron una mayor participación con una diferencia entre los hombres de 18 personas (mujeres), este dato es importante con relación al análisis de resultados de la correlación ya que se debe tener en cuenta la diferencia entre los dos géneros.

✓ **Estado civil**

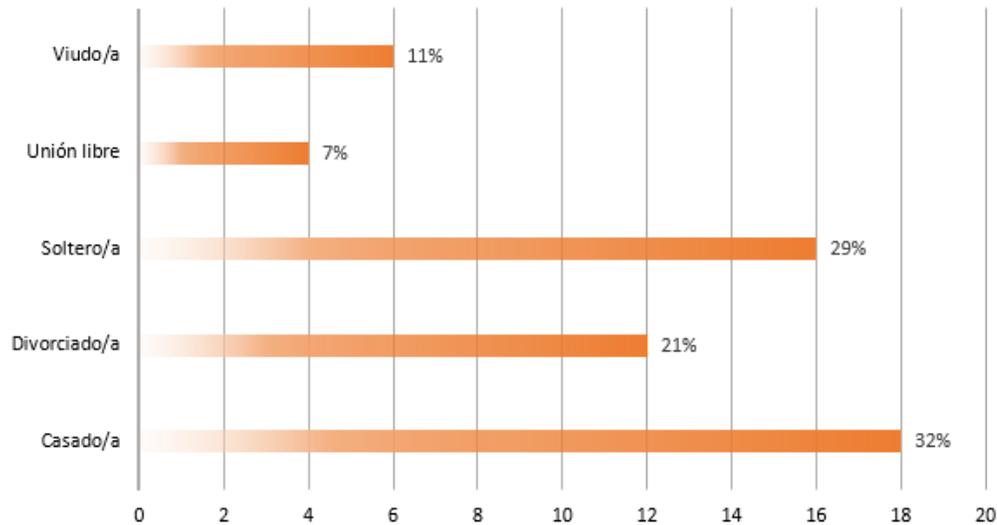


Figura 4. Datos de variable sociodemográfica- Estado civil

Al visualizar la gráfica 4 se puede identificar que con un numero de 18 personas que representan el 32% la mayoría son casados, muy seguido tenemos ser soltero con un 29%, de igual forma su puntuación más mínima se encuentra en unión libre con un 7% el cual representa 4 personas.

✓ **Lugar de residencia**

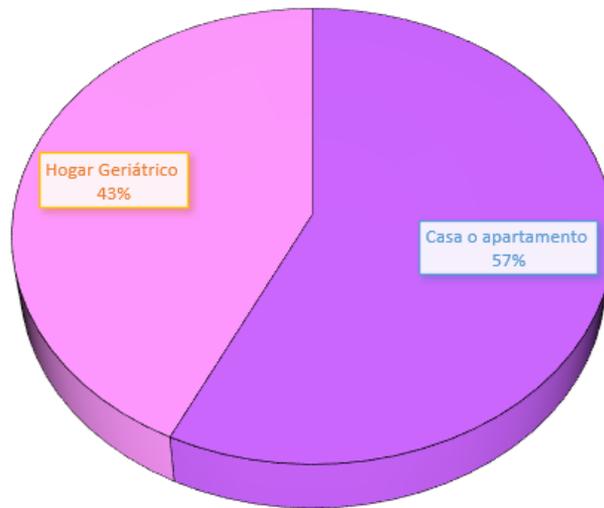


Figura 5. Datos de variable sociodemográfica- Lugar de residencia

Tal y como lo enuncia la gráfica 5 con 32 personas y un 57% la casa o apartamento fue el lugar de residencia que más habitaban las personas participantes y por el contrario el hogar geriátrico estuvo compuesto por 24 personas, dentro de esta representación se hace necesario resaltar que en comparación con la muestra inicial total que habitaban hogares geriátricos a quienes se les aplico los instrumentos y a la restante que quedo de estudio su diferencia fue muy significativa ya que estuvo enmarcada en 37 de personas.

✓ **Estrato**

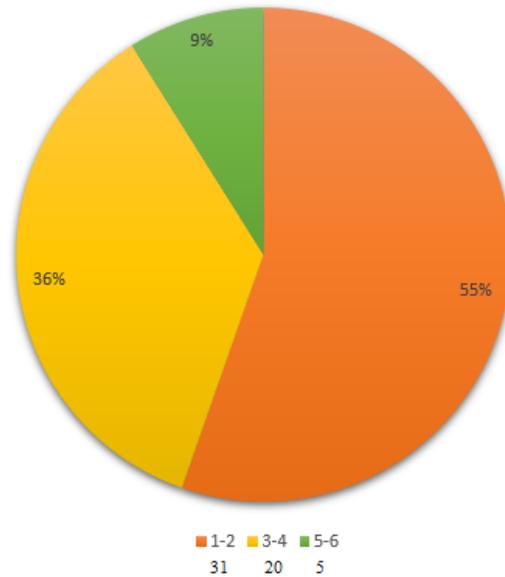


Figura 6. Datos de variable sociodemográfica- Estrato

De la gráfica 6 se puede decir que la mayoría de las participantes en el estudio estuvieron ubicados en el estrato 1-2 con un 55% a lo cual representa 31 personas, y aunque se pudo recolectar de los diferentes estratos estimados en la ciudad, se evidencia un claro aumento en dos particularmente, esto se da debido a que la población estuvo distribuida por diferentes partes por medio del modo en que se hizo la convocatoria.

✓ **Nivel de escolaridad**

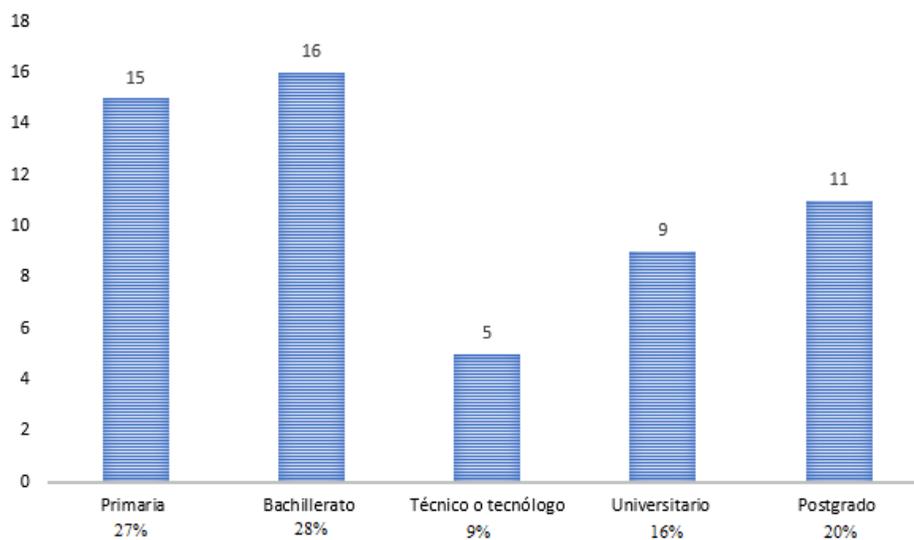


Figura 7. Datos de variable sociodemográfica- Nivel de escolaridad

Al analizar los datos de la figura 7 se ve con claridad una distribución en los diferentes grados de escolaridad, sin embargo, los participantes que componen el grupo de técnico o tecnólogo se evidencia una disminución de esta, donde se puntúa con un 9% para un total 5 personas.

✓ **Ocupación actual**

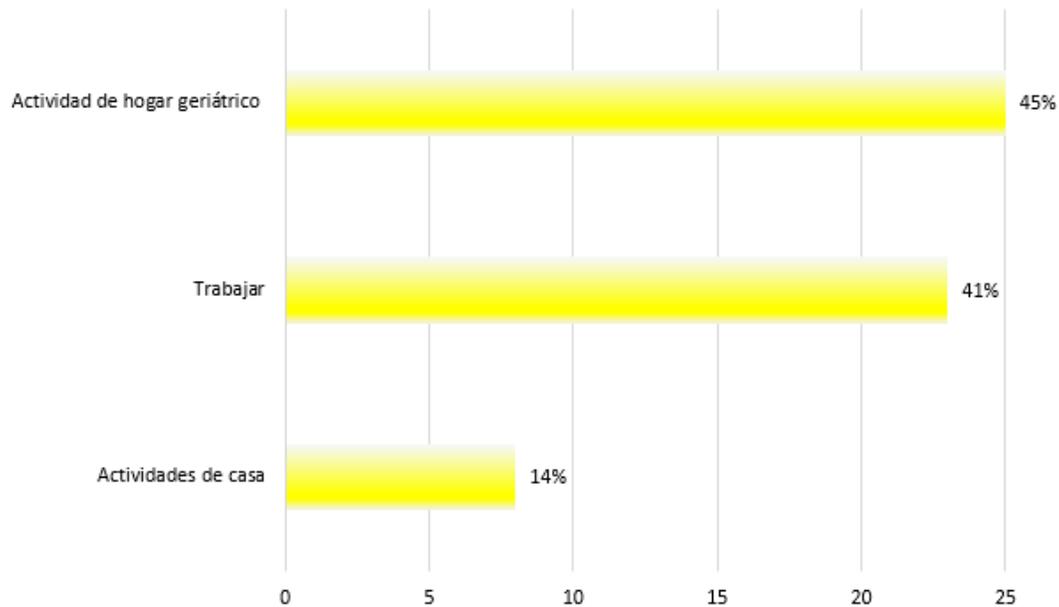


Figura 8. Datos de variable sociodemográfica- Ocupación actual

Esta grafica 8 no tiene otro propósito más que el de poder cuantificar y mediar con claridad como la muestra final fue distribuida en los escenarios de hogares geriátricos y contextos en donde se enmarcan personas dedicadas al hogar o por el contrario actualmente activas laboralmente, se evidencia el máximo de participantes en actividades de hogar geriátrico con un 45% el cual equivale a 25 personas, seguido se encuentra trabajar con 41%.

✓ **Actividades de ocio**

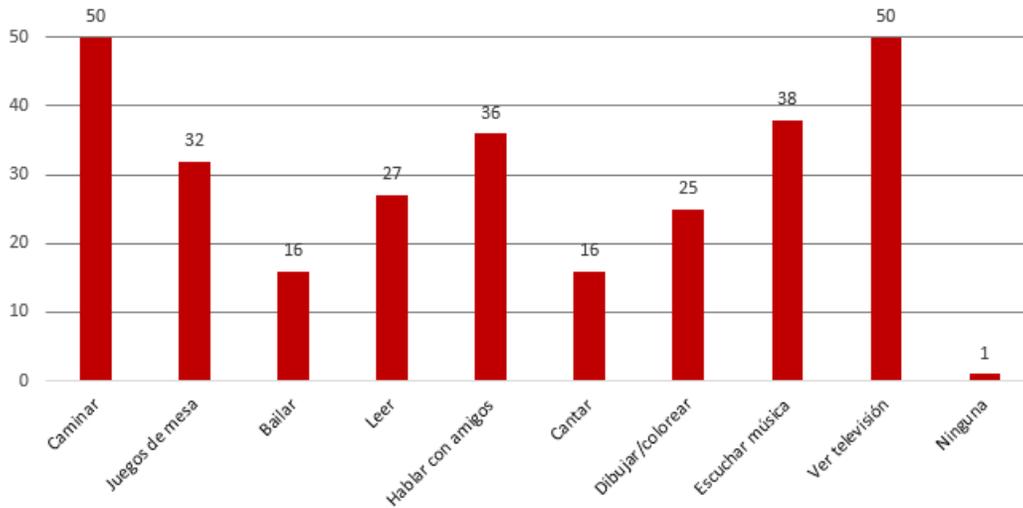


Figura 9. Datos de variable sociodemográfica- Actividades de ocio

La variable de actividades de ocio representada en la gráfica 9 tuvo un manejo diferente a las demás variables ya que esta no se podía porcentual debido a que fue la única pregunta que estaba diseñada bajo la modalidad de opción múltiple con elección de multiplex respuestas, por tanto en este grafico se ve representado la cantidad de veces que las personas seleccionaron las diferentes actividades, que van cuenta de su diario vivir, en ellas se evidencia el caminar y ver televisión como las dos actividades más altas estimadas en la población, con una cantidad de elección de 50; por el contrario bailar y leer son las más pocas con un puntaje de 16.

✓ **Carga de estrés a lo largo de la vida**

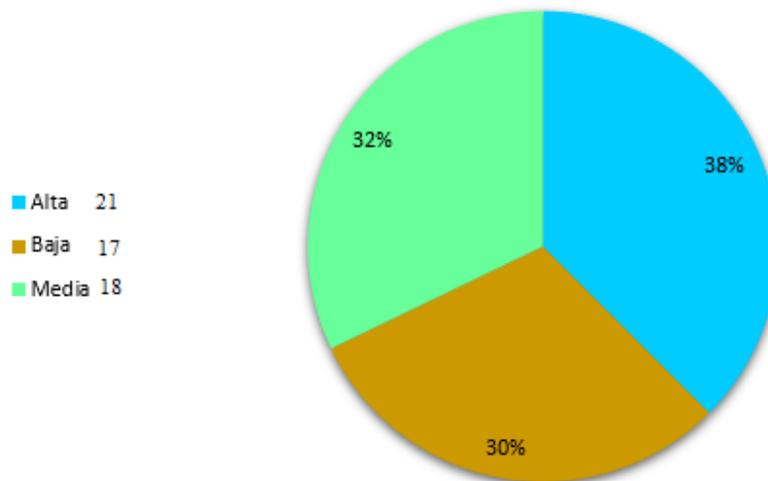


Figura 10. Datos de variable sociodemográfica- Carga de estrés

Como se representa en la figura 10 las personas expresan que su carga de estrés a lo largo de su vida es alta de esta manera siendo el 38% que identifica así es, por otro lado, se evidencia un 17% que expresa ser baja.

✓ **Horas de descanso diarias**

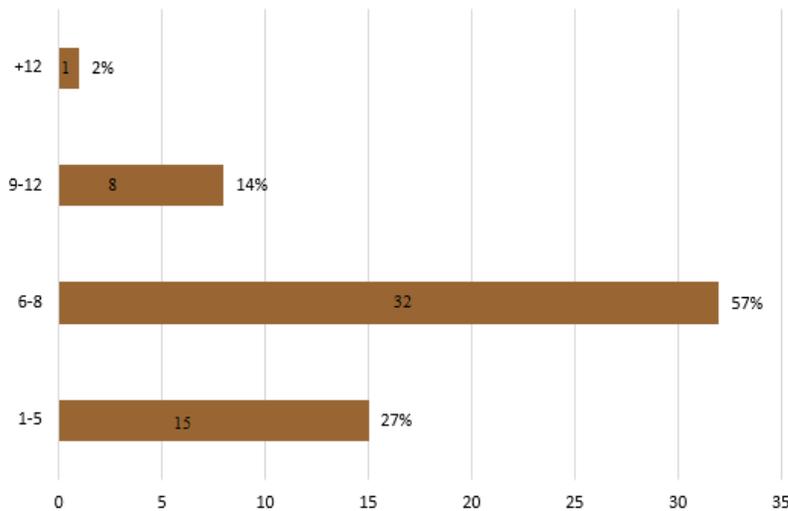


Figura 11. Datos de variable sociodemográfica- Horas de descanso diarias

Hay una evidencia clara de la cantidad de horas de descanso diarias que expresa la población sometida al estudio, con el 57% las personas duermen aproximadamente de 6 a 8 horas, siendo este un porcentaje alto que deja en consideración su cuantificación encasillando en esta categoría a 32 personas.

✓ **Práctica de actividad física**

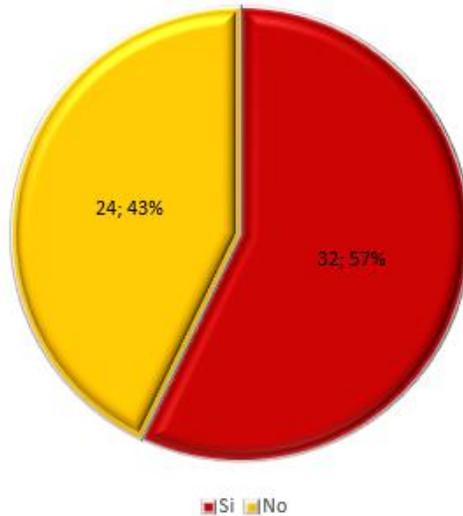


Figura 12. Datos de variable sociodemográfica- Práctica de actividad física

La población en su mayoría expresa realizar algún tipo de actividad física, esta se representa en un 57% para dar cuenta de 32 personas, por otro lado, el 43% expresa no practicar actividad física, siendo estos el 24 de personas que hicieron parte del estudio investigativo.

✓ Red de apoyo

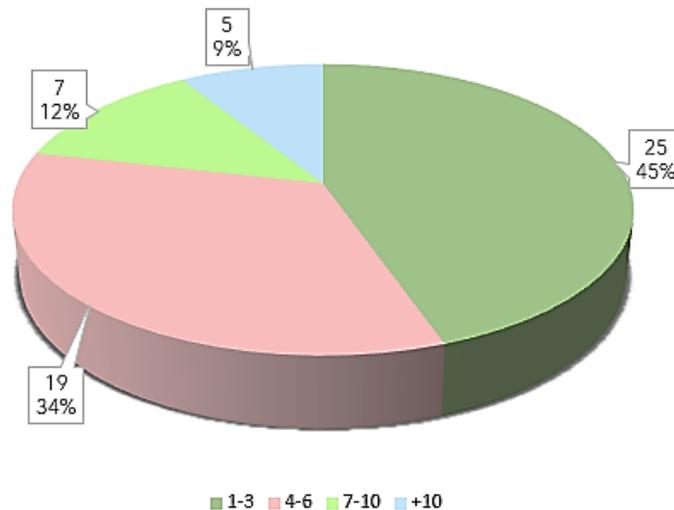


Figura 13. Datos de variable sociodemográfica- Red de apoyo

Al visualizar la gráfica 13 se puede notar de la misma que con un 45% las personas identifican tener como red de apoyo actualmente en sus etapas de vida de 1 a 3 personas, así mismo el gráfico

da cuenta de la identificación de las personas de 4 a 6 personas como red de apoyo siendo estas el 34%, y en consecuencia a mayor cantidad de apoyo se evidencia menor cantidad de personas que están dentro de estas categorías.

II. Grado de deterioro cognitivo

Para la determinación del grado de DCL se utilizó la Escala de Evaluación Cognitiva-Moca, siguiendo las instrucciones para la administración y puntuación de los resultados, el instrumentó determina que la puntuación máxima es de 30 y una puntuación igual o superior a 26 se considera normal; A su vez dentro de los rangos establecidos para categorizar el deterioro cognitivo leve están considerados entre una puntuación de 25 a 18, los valores menores a estos se empiezan a considerar bajo estudio neuropsicológico como demencias.

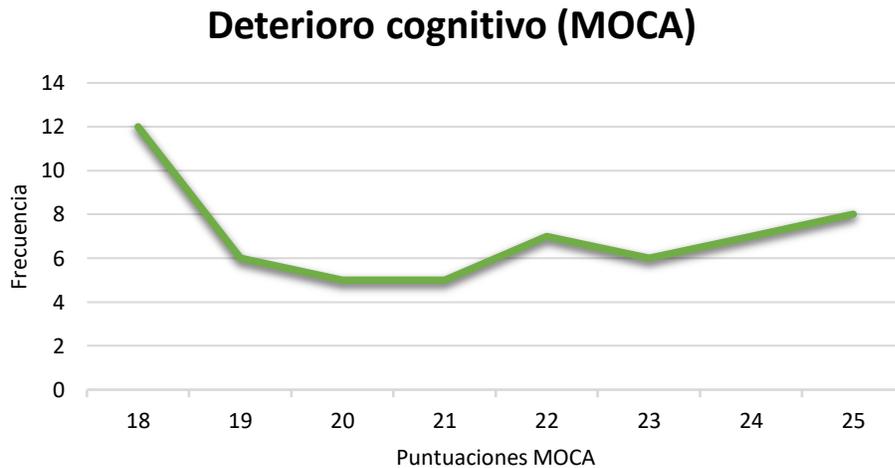


Figura 14. Grado de deterioro cognitivo

Por tanto, los puntajes a evaluar y sometidos a estudio fueron desde 18 a 25 los cuales determinaban DCL. Tal y como se estima en la gráfica 14 la mayor frecuencia que se tuvo fue la puntuación 18, representando así un 21%, en consecuencia, se evidencia con un 14% la puntuación 25 de moca, en otros datos intermedios se hallan los puntajes 22 y el 24; no se encuentra diferencias significativas en las puntuaciones 20 y 21. Finalmente la gráfica está representando a un 100% que equivale a los 56 participantes de la muestra total. No se encuentran diferencias en género, por lo general los hombres y mujeres según la categoría del puntaje se mantiene igual en cantidad o la diferencia consta de 1 o 2 por arriba.

Dentro del análisis de la prueba Moca según las habilidades cognitivas que evaluada la misma, se estima que en las habilidades que *más fallaron* o problemática se evidencia fueron en:

Visuoespacial/ejecutiva: Afectación en la atención selectiva está haciendo una actividad y ocurre otra cosa que le llama la atención, así que interrumpe lo que estaba haciendo antes, esto puede ser peligroso ya que va a interferir constantemente en las actividades diarias que la persona realiza, de esta manera también se ve afectada la capacidad para manejar interferencia, así como la flexibilidad cognitiva, toma de decisiones, memoria semántica, planificación y pensamiento abstracto

Recuerdo diferido: Alteraciones de retención y evocación con recuerdo libre, teniendo asociación con la atención, se podría decir que las personas que presentan mayor dificultad en este apartado a futuro podrían estar bajo un perfil hipocámpico (enfermedad de Alzheimer/ enfermedad neurodegenerativa de tipo frontal).

Atención: Al presentar las personas fallas en esta área se puede hablar de alteraciones a nivel frontal, este apartado evalúa cálculo y atención sostenida.

Lenguaje: La fluidez fonética se ve baja, lo cual se asocia a demencias la mayoría de veces, de esta manera en este ejercicio las personas deben inhibir la respuesta incorrecta lo que representa un importante esfuerzo cognitivo.

Así con un 15 que representa un 27% presentaron fallas en visuoespacial y recuerdo diferido, de igual manera con un 11 que representa 20% presentaron fallas en recuerdo diferido y atención, y por último con un 10 que representa un 18% tuvo fallas en recuerdo diferido y lenguaje.

Por otro lado, siguiendo el análisis de la prueba Moca según las habilidades cognitivas que evaluada la misma, se estima que en las habilidades que *menos falla* tuvieron y se evidenciaba mejor rendimiento fueron:

Identificación: Se encuentra preservada en la mayoría de los participantes, se puede evidenciar que pese a la dificultad que tiene la prueba teniendo en cuenta que los animales expuestos son de baja frecuencia, esto indicando que no se usan todos los días; a lo cual quiere decir que se conocen, pero no se usan a diario, por tanto, son mucho más discriminativas que hubiera animales más cotidianos en la prueba.

Orientación: Evaluó como las personas funcionan en la organización espacial y temporal, permitiendo saber que tan orientada estaba la persona y determina a futuro que tipo de deterioro puede presentar si existe falla.

Así con un 25 que representa un 45% presentaron preservación de las habilidades de identificación y orientación, por tanto, son las más conservadas y menos afectadas.

III. Descripción del estado de inteligencia emocional (Atención, claridad y reparación)

Para describir el estado de inteligencia emocional se utilizó el autoinforme Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), basada en el modelo de Salovey y Mayer (1990). Este cuestionario permitió medir a) Atención Emocional -> La capacidad de atender los sentimientos de forma adecuada, b) Claridad Emocional -> Comprender bien los estados emocionales y c) Reparación Emocional -> La capacidad de regular los estados emocionales de forma adecuada.

El cuestionario en su instructivo de uso y evaluación presenta unos intervalos por considerar para hallar y clasificar la inteligencia emocional en poca, adecuada o mucha según el sexo. Por tanto, para la descripción se tuvieron en cuenta los parámetros manejados por el instrumento, presentados a continuación:

Tabla 2. Puntos de corte – Trait Meta-Mood Scale

	ATENCIÓN			CLARIDAD			REPARACIÓN		
	POCA	ADECUADA	MUCHA	POCA	ADECUADA	MUCHA	POCA	ADECUADA	MUCHA
# MUJERES	20	13	0	22	9	2	7	23	3
INTERVALOS	Poca atención < 24	Adecuada atención 25 -35	Demasiada atención >36	Poca comprensión < 23	Adecuada comprensión 24 -34	Excelente comprensión > 35	Poca comprensión < 23	Adecuada comprensión 24 -34	Excelente comprensión > 35
# HOMBRES	18	5	0	17	4	2	2	19	2
INTERVALOS	Poca atención < 21	Adecuada atención 22 -32	Demasiada atención >33	Poca comprensión < 25	Adecuada comprensión 26 - 35	Excelente comprensión >36	Poca comprensión < 23	Adecuada comprensión 24 - 35	Excelente comprensión > 36

Teniendo en cuenta las puntuaciones que arroja el cuestionario, así como sus cortes según el sexo, se describió el estado de inteligencia emocional de la siguiente manera:

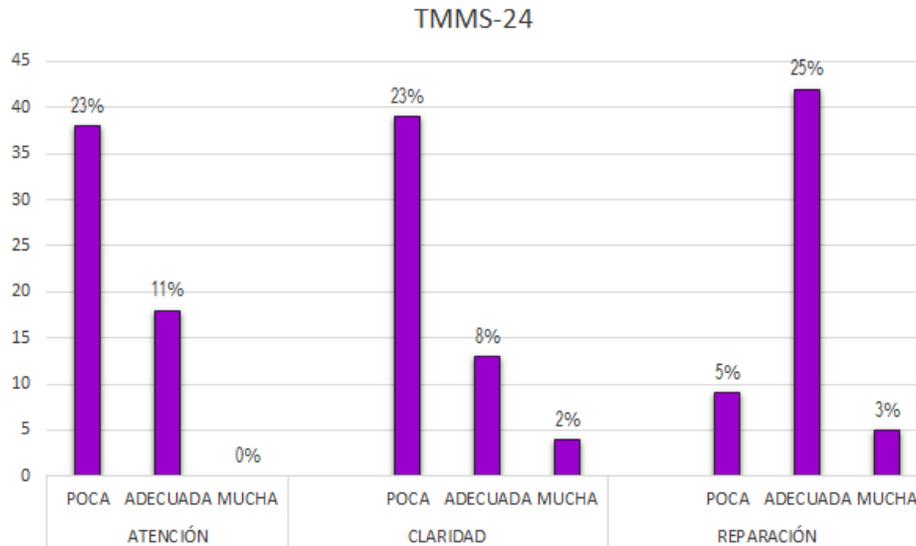


Figura 15. Inteligencia emocional

Tal y como lo enuncia el grafico 15, las personas con un 23% obtuvieron poca atención y poca claridad emocional, lo cual da cuenta de la dificultad en la atención de los propios sentimientos, junto con la escasa comprensión de los estados de ánimo. Por otro lado, se evidencia los porcentajes de mucha atención, claridad y reparación emocional; como los más bajos, en consideración con el grafico la reparación emocional siendo esta la capacidad de regular los estados emocionales estima un 25%, siendo la más alta en los tres componentes que se evaluaron, registrando así una adecuada IE.

IV. Test de normalidad de datos Kolmogorov Smirnov

La prueba de Kolmogorov-Smirnov conocida como prueba K-S, es una prueba de significación estadística para verificar si los datos de la muestra proceden de una distribución normal, esta se emplea para variables cuantitativas continuas y cuando el tamaño muestral es mayor de 50. Mide la distancia absoluta entre la distribución teórica normal y la distribución que se observa (Romero, 2016).

Principalmente se tomó y halló el tamaño de la muestra, el promedio y la desviación estándar, luego se hallaron cada uno de los valores de índice de inteligencia emocional en forma ascendente, el siguiente paso fue darle a cada valor una frecuencia de uno, para así proceder a calcular la frecuencia acumulada, se determinaron los valores de la frecuencia acumulada, se

determinó la puntuación estándar para cada valor (Z), luego se calculó la distribución teórica F(X) a su vez se calcula la diferencia absoluta, la cual permitió dar a conocer la curva teórica y la de la muestra, así se halló la mayor diferencia para poder por último compararlo con el valor teórico correspondiente (Nivel Alfa de comparación) y a su vez el valor de contraste, de esta manera se acepta la hipótesis nula de distribución normal, determinando el cumplimiento de la propiedad de uniformidad. De igual manera este proceso se hizo con los valores de índice del deterioro cognitivo leve indicando distribución normal.

Tabla 3. Normalidad de datos

Nivel significancia-Alfa	0,2	0,15	0,1	0,05	0,01
Constante	1,07	1,14	1,22	1,36	1,65
Valor critico	0,142985	0,152339	0,163029	0,181738	0,220491
Menor al valor critico	<u>Si acepto</u>				

Inteligencia emocional

Atención	Datos	56	Mayor diferencia
	Promedio	19,393	0,131
	Desviación estándar	7,047	
Claridad	Datos	56	Mayor diferencia
	Promedio	21,429	0,129
	Desviación estándar	7,107	
Reparación	Datos	56	Mayor diferencia
	Promedio	27,214	0,105
	Desviación estándar	5,493	

Deterioro cognitivo leve

Puntaje Moca	Datos	56	Mayor diferencia
	Promedio	21,339	0,144
	Desviación estándar	2,532	
Menor al valor critico	<u>No acepto</u>	<u>Si acepto</u>	<u>Si acepto</u>

Como lo pueden dejar en evidencia las fórmulas estadísticas apruebas y aceptan los valores de índices para distribución normal. En consideración a lo antes expuesto con la normalidad de los datos se continuó con éxito a realización de la correlación.

V. Nivel de relación entre la IE y el DCL - Correlación de Pearson

El coeficiente de correlación de Pearson es una prueba estadística que busca analizar la relación lineal entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón, se simboliza con la letra r . Sus hipótesis por probar son de tipo correlacional, guías de “a mayor X, mayor Y”, “a mayor X, menor Y”, “altos valores en X están asociados con altos valores en Y”, “altos valores en X se asocian con bajos valores de Y”. La hipótesis de investigación señala que la correlación es significativa. El número de variables que mide son dos, esta prueba no considera a una como independiente y a otra como dependiente, ya que no evalúa la causalidad. La noción de causa-efecto (independiente-dependiente) se establece solo teóricamente (Hernández, Fernández, Hernández y Baptista, 2014).

El coeficiente de Pearson se calculó a partir de las puntuaciones obtenidas en la muestra en las dos variables que fueron sometidas a estudio, se relacionaron las puntuaciones recolectadas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra, con los mismos participantes.

El coeficiente r de Pearson varía de -1.00 a $+1.00$, donde:

Tabla 4. Coeficiente r de Pearson

-1.00	Correlación negativa perfecta.
-0.90	Correlación negativa muy fuerte.
-0.50	Correlación negativa media.
-0.10	Correlación negativa muy débil.
0.00	No existe correlación alguna entre las variables.
+0.10	Correlación positiva muy débil.
+0.50	Correlación positiva media.
+0.90	Correlación positiva muy fuerte.
+1.00	Correlación positiva perfecta.

El signo indica la dirección de la correlación (positiva o negativa); y el valor numérico, la magnitud de la correlación, al hacer el análisis estadístico se reporta si el coeficiente es o no significativo de la siguiente manera:

- R = Valor del coeficiente
- S o P = Significancia
- N = Número de casos correlacionados

Una correlación de Pearson puede ser significativa, pero si es menor a 0.30 resulta débil, aunque de cualquier manera permite explicar el vínculo entre las variables. Al elevar al cuadrado (r^2) el coeficiente r de Pearson se obtiene el coeficiente de determinación y finalmente el resultado indica la varianza de los factores comunes. Esto termina siendo el porcentaje de la variación de una variable debido a la variación de la otra variable y viceversa (Hernández, Fernández, Hernández y Baptista, 2014).

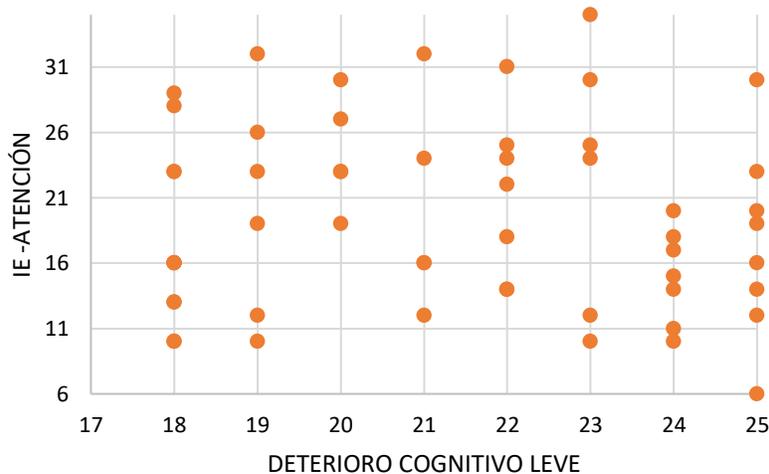


Figura 16. Correlación IE-Atención emocional & DCL

La gráfica 16 muestra la correlación entre inteligencia emocional (Atención) y deterioro cognitivo leve, ya que la distribución interpretada en el diagrama de dispersión es representada como una nube de puntos y esto le hace adoptar una configuración más o menos redondeada de tal forma que este resultado expresa que no puede especificarse ningún tipo de relación, así que se encuentra una correlación nula para las dos variables sometidas a análisis estadístico. Por otro lado, bajo la expresión matemática expuesta en la tabla 5 se sustenta lo antes dicho.

Tabla 5. Valores de la correlación IE-Atención emocional & DCL

Coefficiente de Pearson (r) -0,079960

Determinación (r ^2)	0,006394
----------------------	----------

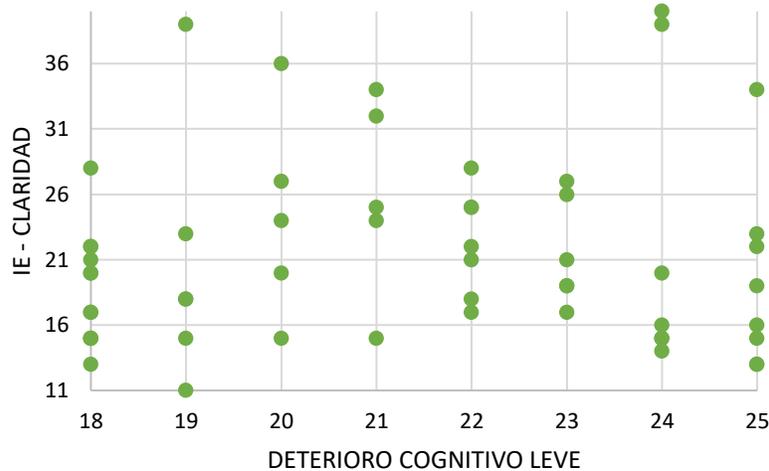


Figura 17. Correlación IE-Claridad emocional & DCL

La gráfica 17 muestra la correlación entre inteligencia emocional (Claridad) y deterioro cognitivo leve, ya que la distribución interpretada en el diagrama de dispersión es representada como una nube de puntos y esto le hace adoptar una configuración más o menos redondeada de tal forma que este resultado expresa que no puede especificarse ningún tipo de relación, así que se encuentra una correlación nula para las dos variables sometidas a análisis estadístico. Por otro lado, bajo la expresión matemática expuesta en la tabla 6 se sustenta lo antes dicho.

Tabla 6. Valores de la correlación IE-Claridad emocional & DCL

Coefficiente de Pearson (r) 0,059476

Determinación (r ^2)	0,003537
----------------------	----------

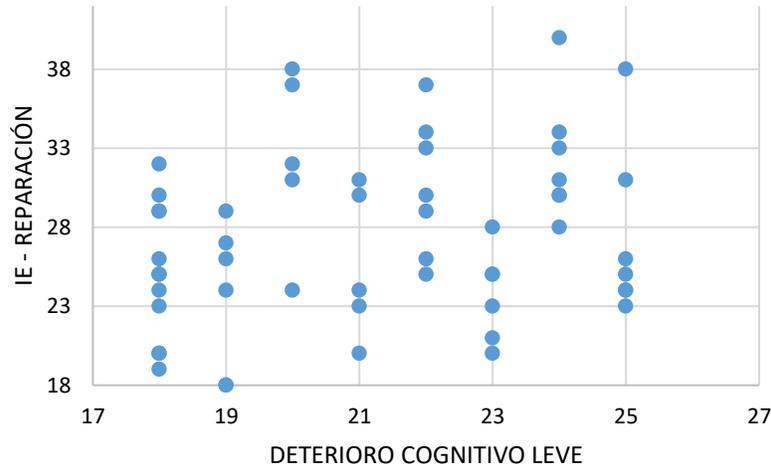


Figura 18. Correlación IE-Reparación emocional & DCL

La gráfica 18 muestra la correlación entre inteligencia emocional (Reparación) y deterioro cognitivo leve, ya que la distribución interpretada en el diagrama de dispersión es representada como una nube de puntos y esto le hace adoptar una configuración más o menos redondeada de tal forma que este resultado expresa que no puede especificarse ningún tipo de relación, así que se encuentra una correlación nula para las dos variables sometidas a análisis estadístico. Por otro lado, bajo la expresión matemática expuesta en la tabla 7 se sustenta lo antes dicho.

Tabla 7. Valores de la correlación IE-Reparación emocional & DCL

Coefficiente de Pearson (r) 0,181635

Determinación (r^2)	0,032991
-------------------------	----------

Para establecer el tipo de relación existente entre las variables: Inteligencia emocional y deterioro cognitivo leve a partir del tratamiento de datos estadísticos, se estable finalmente que las correlaciones son nulas, por tanto no estable ninguna relación entre ellas, debido a esto el nivel de significancia no se halla en su totalidad, ya que como lo establece Hernández, Fernández, Hernández y Baptista (2014) en su libro de metodología de la investigación el nivel de significancia, es un nivel de la probabilidad de equivocarse, este es utilizado para probar hipótesis inferenciales respecto a la media, al evaluar si es alta o baja la probabilidad de que la media de la

muestra esté cerca de la media de la distribución muestral. Si es baja, el investigador dudará de generalizar a la población. Si es alta, el investigador podrá hacer generalizaciones. Es aquí donde entra el nivel de significancia o nivel alfa (α). Por tanto, no se establece nivel y significancia o probabilidad a equivocarse debido a que la correlación de la presente investigación fue nula.

VI. Capítulo: Discusión y conclusiones

El deterioro cognitivo, es un estado clínico, en el que se evidencia alteraciones de las funciones cognitivas, en donde se ven afectados uno o múltiples dominios cognitivos como la atención compleja, aprendizaje, memoria, lenguaje y la cognición social, factores que son indispensables en la ejecución de tareas de la vida diaria, expresión y reconocimiento emocionales (Ardila y Palacio, 2019). La realidad a la que nos sometemos actualmente es con un elevado número de personas de edad adulta, esto conlleva a realizar algunos cambios en cuanto a las demandas de la población en atención socio-sanitaria. En las últimas investigaciones existe una larga tradición en el estudio de las capacidades cognitivas en población mayor, en donde se valora el rendimiento de los adultos mayores en pruebas de memoria, atención, fluidez verbal u orientación espacial. No obstante, a pesar de utilizarse instrumentos de uso generalizado, hoy día se sigue discutiendo mucho sobre la validez de estos. Así, la revisión de instrumentos, sobre todo aquellos que se utilizan para el cribado del deterioro cognitivo en personas mayores, constituye una tarea necesaria para el desarrollo o la mejora de instrumentos libres de la influencia de variables asociadas a la edad o de índole cultural. Esto hace necesario no sólo contar con adecuados instrumentos para la evaluación de las capacidades cognitivas, sino además disponer de herramientas óptimas para la prevención del deterioro cognitivo en los mayores. De ahí, que se haga un mayor hincapié en el diseño de intervenciones basadas en estrategias de tipo psicológico y social, que minimicen la rapidez del declive intelectual de los adultos.

En un estudio realizado por Pérez, Molero, Osorio y Rubio (2014). Conjugaron aspectos de la estimulación cognitiva junto con la educación de las emociones, teniendo como objetivo elaborar e implementar un Programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para personas mayores sin deterioro cognitivo, esto les permitió evaluar y analizar la relación entre calidad de vida, inteligencia emocional, satisfacción vital, atención y memoria cotidiana, de igual manera contrastaron la mejora en las tareas cognitivas del propio programa (tiempo y aciertos), así proponiendo la mejora de la actividad e integración social y la igualdad de oportunidades. En sus

resultados concluyen que supone un avance con respecto a los métodos tradicionales utilizados en la intervención en capacidades cognitivas en personas mayores, el uso unido de las nuevas tecnologías, haciendo del Programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional una herramienta efectiva e innovadora para la intervención con el colectivo de mayores, ya presenten deterioro cognitivo o no. Finalmente, hacer referencia sobre los beneficios de este tipo de programas sobre la inclusión de las personas mayores en el mundo de las nuevas tecnologías como una de las líneas de actuación en las políticas actuales de envejecimiento activo.

Este estudio es importante mencionarlo dentro de la discusión debido a la importancia e hincapié que se hace en el mismo del auge que ha cobrado dentro de la psicología de la vejez, el estudio de los cambios emocionales que experimentan las personas adultas y adultas mayores, el estudio final que es denominado “Envejecimiento emocional”, en una era donde se hace fundamental estudiar componentes relacionados a la población adulta, sus experiencia y expresión emocional como sus procesos cognitivos en este caso el DCL. El hecho de que el deterioro cognitivo sea el segundo motivo de consulta más frecuente en los servicios de Neurología, lo hace no solo ser una enfermedad de alerta entre la población si no, hace plantear la necesidad de una mejora, tanto en el diagnóstico, como en la intervención a nivel preventivo (Pérez, Molero, Osorio y Rubio, 2014).

Como lo cita la literatura y el presente estudio los cambios que acontecen en el modo de experimentar las emociones durante la vejez, son la dificultad de identificar y reconocer emociones como el miedo, la tristeza o la ira. A su vez la capacidad de integrar cognición y emoción se ve reducida, lo que hace que las estrategias de control emocional denoten cierto grado de pasividad, por lo cual se resalta nuevamente la necesidad de evaluar en el adulto y adulto mayor la cognición y emoción como aspectos importantes de someter a estudio (Pérez, Molero, Osorio y Rubio, 2014).

Por otro lado, Bucks, Garner, Tarrant, Bradley y Mogg (2009) analizaron diferentes situaciones interpersonales en población mayor, y pudieron observar cómo los adultos mayores se muestran capaces de seleccionar las estrategias más eficientes para resolver los problemas interpersonales, y de adaptar sus estrategias de resolución de problemas a los contextos, utilizando una combinación de estrategias de regulación. Entre sus argumentos, destacan la importancia de la inteligencia emocional en el suministro de los recursos que las personas mayores necesitan para poder hacer frente a una etapa repleta de cambios y nuevos retos que pondrán a prueba su

capacidad adaptativa. Así los adultos de edad avanzada muestran preferente el procesamiento de los estímulos positivos, aunque no sean de impacto emocional elevado.

Al hacer mención del estudio realizado por Bucks et al., 2009, podemos identificar que en su estudio no hallan relación positiva entre el deterioro (Cognición) y la inteligencia emocional por el contrario lo que aportan es que con el pasar del tiempo el adulto tiene una mayor capacidad de adaptación frente al entorno y sus vivencias por tanto al responder emocionalmente sus estrategias emocionales se encuentran aptar ante las experiencias.

En un estudio realizado por Peralta, Fernández-Caballero y Latorre (2021), determinan qué factores resultan más relevantes en el contexto de las personas mayores con inicios de deterioro cognitivo, de esta manera se proponen observar una colección de imágenes, de distintas categorías, y valorar el sentimiento que les produce cada una de ellas. Sus resultados arrojaron que aquellos factores que favorecieron una interpretación emocional más positiva fueron considerados como aquellos capaces de influir positivamente en un mayor bienestar emocional, obteniendo que la iluminación ambiental y el nivel de estrés son los factores que más impactan en el bienestar emocional, y en menor medida la posibilidad de hacer descansos, la temperatura ambiente y el ruido ambiental, realizan este estudio con el objetivo de poder conformar entornos donde se favorezca su bienestar emocional y se ayude a la conservación de sus facultades mentales.

La investigación finalmente se centró en resaltar la importancia del estudio en los adultos y adultos mayores, junto con la búsqueda de los mecanismos más eficaces para llegar a esas precisiones en el estudio de las emociones y su cognición (deterioro cognitivo), este abordaje no solo supone un reto por la literatura que se encuentra, si no que a la vez propone estudiar líneas que generen realmente impacto y cambios en pro de sus propias vivencias como lo es las personas que tienen deterioro cognitivo, así como lo que supone implica también en sus familias y contextos sociales y culturales, las diferencias en la teoría y estudios dan muestra del escaso estudio de los mismos, donde estas dos variables quedan en la media donde se pueden encontrar soportes que den constancia de la no relación entre las mismas, como la posible relación de las variables, en tanto se hace necesario seguir indagando en el adultos mayor, la cognición, el deterioro y por supuesto su inteligencia emocional.

En un estudio realizado por Paredes-Arturo, Yarce-Pinzón, Aguirre-Acevedo (2021), el objetivo fue identificar los factores asociados con el deterioro cognitivo con un grupo de 266

adultos mayores residentes en la zona rural, los factores sociodemográficos y el estado de salud lo determinaron a través de una encuesta, la condición cognitiva la evaluaron con el Minimental, el nivel emocional se valoró con la escala Yesavage y para la medición funcional se aplicó el cuestionario VIDA. Los resultados mostraron que el 51 % de los adultos mayores evaluados presentaron deterioro cognitivo. Respecto a las características sociodemográficas, el realizar oficios varios evidenció casi tres veces más riesgo de tener implicación cognitiva. En conclusión, para el análisis del rendimiento cognitivo global en adultos mayores fueron relevantes los factores sociodemográficos y el estado funcional, debido al abordaje del contexto rural.

Para el estudio de Paredes-Arturo., 2021 mencionan aspectos importantes de las emociones, y aunque no es su conclusión más relevante y principal, si es de resaltar lo que citan en su estudio a lo cual expresan que la relación causal entre estas dos entidades (emociones y deterioro cognitivo) parece ser clara, explicada a partir de la asociación significativa entre la severidad de los síntomas depresivos y el deterioro de los procesos mentales superiores, se toman las bases para la realización de su estudio, en sus conclusiones expresan no haber observado relaciones importantes con las características demográficas, la percepción de salud y la variable funcionalidad; sin embargo, se establece que la situación emocional son procesos de evolución emocional en la vejez importante de someter análisis, debido a la variabilidad en los mismos y el sometimiento a cambios según las circunstancias particulares, así como la el vacío existente en la literatura de la precisión de los mismos.

Los resultados mostraron que no existe una correlación entre el deterioro cognitivo leve y la inteligencia emocional, exponiendo que no hay ningún tipo de relación entre las variables y por tanto ninguna depende de la otra. Estos resultados obtenidos del trabajo investigativo son de relevancia, puesto que se trata de un estado intermedio entre el envejecimiento patológico y la demencia (DCL), junto con la inteligencia emocional; los hallazgos que se realizaron junto con sus resultados ayudan a tener un conocimiento más amplio acerca de los mismos, proporcionando material teórico para futuras investigaciones, además de permitir inspirar programas de intervención y estimulación cognitiva pensado en el bienestar de los personas con la enfermedad neurodegenerativa, cuidadores, familiares y propios profesionales del área de salud física y psicológica.

En un contexto clínico, este proyecto de investigación sería útil al momento de plantear, realizar y guiar los procesos de evaluación y posibles intervenciones con las personas que presenten esta enfermedad neurodegenerativa, ya que permitirá hacer un diagnóstico diferencial y así con certeza aplican instrumentos que guíen el proceso terapéutico neuropsicológico con más rapidez para así poder atender oportunamente las necesidades de los mismos, en donde las entrevistas, los test, y los programas de atención puedan tener resultados más efectivos que brinden una mejor calidad de vida, evitando que se sientan aislados o discriminados.

En cuanto a las implicaciones teóricas y referenciales es importante resaltar que, aunque previamente se han realizado investigaciones en relación al deterioro cognitivo, es poco lo que se ha indagado acerca de la relación existente entre el DCL y IE en adultos y adultos mayores, esto implica que el estudio puede generar un impacto y aporte importante en el estudio de estas dos variables, ya sea corroborando los resultados obtenidos en el mismo, o contrastando otros que den fe de relaciones entre sí. Teniendo en cuenta que son datos que serían muy útiles a nivel educativo, profesional e investigativo.

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran una correlación nula entre las dos variables sometidas a estudio, este es el resultado de principal aporte dentro de la investigación, debido a que al ser un tema poco indagado, y al haber encontrado escasas de literatura que relacionen estas dos variables, se convierte la investigación en una de las pioneras en la exploración e incertidumbre de la posible relación entre la inteligencia emocional y el deterioro cognitivo leve, con esto no solo abriendo paso a futuras investigaciones que así lo desean indagar si, no también dejando información nueva en las dos líneas que se enmarcan, dejando así una posible fuente teórica que permita hacer mayores indagaciones al respecto.

Así mismo queda en evidencia en el análisis de los resultados el cumplimiento total de los objetivos planteados, en consideración a estos se realiza el test de normalidad de datos Kolmogorov Smirnov para evaluar si los datos proceden de una distribución normal, en ella se puntúan valores (0,131 - 0,129 - 0,105 - 0,144) de mayor diferencia, lo cual permite dar continuidad con éxito ya que las fórmulas estadísticas aprueban y aceptan los valores de índices para distribución normal, así pues primeramente se determinó el nivel de relación de inteligencia emocional y deterioro en cual en este caso se utilizó la correlación de Pearson con valores (0,006394 - 0,003537 - 0,032991), que dan constancia de una correlación nula entre las variables,

seguido se realiza la descripción del estado de inteligencia emocional de la muestra separado en atención, claridad y reparación emocional con un 23% demostrando poca atención y claridad emocional, junto a este análisis se hizo la identificación del grado de deterioro cognitivo de los participantes siendo este en un rango de 18 a 25 representando el DCL por el instrumento psicológico Moca, con un puntaje de 18, representando el 21% del mayor puntaje en la muestra, a su vez se describe las capacidades cognitivas más afectadas con un 27% siendo recuerdo diferido y atención, por ultimo para cumplir con el tercer objetivo se establece el tipo de relación existente entre las variables, a partir del tratamiento de datos estadísticos, a lo cual es nulo por tanto el nivel de significancia o probabilidad a equivocarse no es posible hallarlo.

Dentro de las limitaciones encontradas se hace hincapié en la escasez de literatura y estudios anteriores acerca del DCL y IE en adultos y adultos mayores, lo cual permanentemente dificulto la búsqueda de literatura que permitiera sustentar las bases del trabajo investigativo, asimismo se sugiere para futuras investigaciones contar una muestra mayor, de tal manera que se logre resultados más certeros y significativos a niveles mayores. Finalmente, se recomendar proponer nuevas investigaciones en donde se realicen comparaciones entre personas con diferentes niveles de deterioro cognitivo en contraste con un grupo control.

VII. Capitulo: Referencias

Ardila, M., & Palacio, A. (2019). Deterioro cognitivo: repercusiones en el reconocimiento de rostros y procesamiento emocional del adulto mayor. (Tesis de pregrado). Universidad Icesi, Santiago de Cali. Recuperado de https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/88941/1/TG03155.pdf

Arroyo-Anllóa, M. Chamorro, S. Ortiz, M y Roger, G. (2017). Consciencia del otro en patologías neurodegenerativas. Revista Latinoamericana de Psicología, 1 (49) 61-69. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v49n1/0120-0534-rlps-49-01-00061.pdf>

Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki de la Amm – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (2017, 21 de marzo). Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Benavides-Caro, A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Mexicana de anestesiología*, 40(2),107-112. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>

Bendezu, G. (2021). Maltrato e inteligencia emocional de los adultos mayores de una urbanización en Ica. (Tesis de pregrado). Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/61274/Bendezu_CGG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bucks, R., Garner, M., Tarrant, L., Bradley, B. y Mogg, K. (2009). Interpretation of emotionally ambiguous faces in older adults. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 63 (1),337-343. Recuperado de <file:///D:/Downloads/79-1-66-1-10-20151022.pdf>

Budson, A. E. y Solomon, P. R. (2016). Pérdida de memoria, Alzheimer y demencia: una guía práctica para médicos (2a. ed.). Elsevier Health Sciences Spain - R. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/biblioibero/108656>

Charro-Gajate, E. Diéguez-Perdiguero, L y Martínez, G. (2010). La demencia más psiquiátrica: demencia frontotemporal, variante frontal. *Psicogeriatría*, 2 (4) 227-232. Recuperado de https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0204/0204_0227_0232.pdf

Consejo superior de la Corporación Universitaria Iberoamericana. Resolución 379 del 2014, (marzo 6). Reglamento de investigaciones. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B6tYYuPEUN3iZnh4ZUpiQ0VLbEk/view>

Cossini, F. Gómez, P. Rubinsteinc, W y Politis, G. (2016). Reconocimiento facial de emociones básicas y ejecución de gestos en demencia frontotemporal variante conductual. *Neurología argentina*, 8 (4), 246-252. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-pdf-S185300281630009X>

Departamento de Salud, Educación y Bienestar. (1979). El Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Recuperado de: <https://n9.cl/o6zki>

Durán, P. (2013). Adaptación y validación del cuestionario de inteligencia emocional “Trait Meta-Mood Scale 48” (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995), en estudiantes de pregrado de la Facultad de Educación y Humanidades y de la Facultad de Ciencias de la Salud y Alimentos de la Universidad del Bío de la ciudad de Chillán (Tesis de pregrado). Universidad del Bío-Bío, red de bibliotecas, Chile. Recuperado de http://repopib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/267/3/Dur%c3%a1n%20Cofr%c3%a9_Pedro.pdf

Facundo, M. (2010). Deterioro cognitivo leve. Neurología Cognitiva (INECO), 26(3),7-12. Recuperado de https://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_7-12.pdf

Ferragut, M. Fierro, A. (2012). Inteligencia emocional, bienestar personal y rendimiento académico en preadolescentes. Latinoamericana de psicología, 44(3), 95-104. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v44n3/v44n3a08.pdf>

García-Cifuentes, E. Jaramillo-Jiménez, A. Aguillón, D. Gómez-Vega, M. Velez-Hernandez, J. Gutiérrez, C y Lopera, F. (2019). Prevenir la demencia: un reto para la salud pública en Colombia. Acta Neurológica Colombia, 35(4), 208-210. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Elkin-Garcia-Cifuentes/publication/338497291_Prevenir_la_demencia_un_reto_para_la_salud_publica_en_Colombia/links/5e17d3e292851c8364c0173b/Prevenir-la-demencia-un-reto-para-la-salud-publica-en-Colombia.pdf

Goleman, D. (2018). inteligencia emocional. editorial Kairós. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Inteligencia%20Emocional%20%20Daniel%20Goleman.pdf>

González-Cabrera, J. Pérez-Sancho, C y Calvete, E. (2016). Diseño y validación de la “escala de inteligencia emocional en internet” (EIEI) para adolescentes. Behavioral Psychology, 24(1), 93-105. Recuperado de <https://www.behavioralpsycho.com/producto/disen-y-validacion-de-la-escala-de-inteligencia-emocional-en-internet-eiei-para-adolescentes/>

González, R., Custodio, J., & Facundo, J. (2020). Propiedades psicométricas del Trait Meta-Mood Scale-24 en estudiantes universitarios argentinos. *Psicogente*, 1- 23. Recuperado de file:///D:/Downloads/3469-Texto%20del%20art%C3%AD_culo-11519-2-10-20200827.pdf

Gracia, R. Santabárbara, S. López, A. Aznar, C. Marcos, A. (2016). Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 90 (15) 1-15. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17043728020>

Hernández, S., Fernández, C., Hernández, S., y Baptista, L., (2014). Metodología de la investigación. Recuperado de: <https://n9.cl/5d0q3>

López, N., Chesta, S., Véliz, A. (2014). Inteligencia emocional en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Temuco, Chile. *Científica de educación*, 1(1), 67-82. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Alex-Veliz/publication/235763614_Inteligencia_emocional_en_un_grupo_de_adultos_mayores_de_la_ciudad_de_Temuco_Chile/links/5613d68408aec622440fd2c0/Inteligencia-emocional-en-un-grupo-de-adultos-mayores-de-la-ciudad-de-Temuco-Chile.pdf

Manchola, C. Carnero, P. Freire, P. López, M. López T. Manzano, P. Olazarán, R. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor documento de consenso. *Sociedad española de geriatría y gerontología*. Madrid. Recuperado de <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>

Meléndez, C. Delhomb, I y Satorres, E. (2019). El poder de la inteligencia emocional sobre la resiliencia en adultos mayores. *Ansiedad y estrés*, 25(1) 14-19. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-pdf-S1134793718301210>

Ministerio de Salud. (1993). Resolución número 8430 de 1993 (octubre 4). Recuperado de: <https://n9.cl/iw49>

Ortega, H., Cacho, R., López-Goñi, J, y Tirapu-Ustárrroz, J. (2014). Empatía y juicios morales en población anciana. *Rev Neurol*, 59(3), 97-105. Recuperado de <https://academica->

e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/28450/empatia_juicios_morales.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización de las naciones unidas. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO. Recuperado de https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/UNESCO_Bioetica_y_Derechos_Humanos_2005_unisabana.pdf

Paredes-Arturo, V., Yarce-Pinzón, E. & Aguirre-Acevedo, D. (2021). Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. *Interdisciplinaria*, 38(2), 59-72. Recuperado de <file:///D:/Downloads/ContentServer.pdf>

Paredes, J., Vidaurre, M, y Calonge, D. (2018). Inteligencia emocional y calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, 2(5), 38-47. Recuperado por <https://revistahorizontes.org/index.php/revistahorizontes/article/view/43/87>

Pedraza, L. Salazar, A. Sierra, F. Soler, D. Castro, J. Castillo, P. Hernández, A. Piñeros, C. (2016). Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de adultos de Bogotá. *Trabajos originales*, 41 (4), 221- 228. Recuperado de <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2016/04-2016-04.pdf>

Peralta, A., Fernández-Caballero., A. & Latorre, J. (2021). Conformación de ambientes favorecedores de bienestar emocional para personas mayores con deterioro cognitivo incipiente. *Perspectiva*, 96(5), 447-449. Recuperado de [file:///D:/Downloads/ContentServer%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/ContentServer%20(1).pdf)

Pérez, F., Molero, J., Osorio, C., & Rubio, I. (2014). Propuesta de intervención cognitiva en personas mayores: programa de estimulación cognitiva e inteligencia emocional para mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 477-487. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851780048.pdf>

Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J., Molero, J., Martínez, A., Barragán, A y Simón, M. (2016). Inteligencia emocional y salud en el envejecimiento: beneficios del programa PECE-PM. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 11-23. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ap/v30n121/2215-3535-ap-30-121-11.pdf>

Pérez, L y García, B. (2018) Demencia frontotemporal: fronteras diagnósticas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4 (1), 1-13. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3498/349857603007/349857603007.pdf>

Resnik, D. B., & Shamoo, A. E. (2011). The singapore statement on research integrity. *Accountability in research*, 18(2), 71-75. Recuperado de: <https://n9.cl/g0l6u>

Romero, M. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6(3), 105-114. Recuperado de <file:///D:/Downloads/Dialnet-PruebasDeBondadDeAjusteAUnaDistribucionNormal-5633043.pdf>

Rotger, M. (2018). Neurociencia neuroaprendizaje. Las emociones y el aprendizaje. Recuperado de <http://www.ebooks7-24.com.iberobasesdedatosproxy.com/stage.aspx?il=&pg=&ed=>

Saldaña-Díaz, J. Herrera-Tejedor, E. Antonio, M. Martín-Gómez, P. Simón-Campo, P. Salgado-Cámara, S. López-Anguita, J. Olazarán, R. (2018). Deterioro cognitivo en el paciente muy anciano: estudio retrospectivo en una consulta de neurología. *Revista de neurología*, 67 (9) 1-10. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2018228>

Sánchez-López, M. T., Megías-Robles, A., Gómez-Leal, R. Gutiérrez-Cobo, M. J. y Fernández-Berrocal, P. (2018). Relación entre la inteligencia emocional percibida y el comportamiento de riesgo en el ámbito de la salud. *Escritos de Psicología*, 11(3), 115-123. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v11n3/1989-3809-ep-11-03-00115.pdf>

Tabernero, M. Musich, F. Cossini C. Politis, G. (2017). Cognición social en demencia asociada a la enfermedad de párkinson y en la demencia frontotemporal variante conductual. *Revista de neurología*, 65(12), 539-545. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/1b2a/7ac76a3608e4ec1b202edfc7a4f5b8087661.pdf>

Tabernero, M y Politis, G. (2011). Reconocimiento facial de emociones básicas y complejas en una población de pacientes con demencia frontotemporal variante frontal. *Anuario de Investigaciones*, 18 (1), 311-315. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139947082>

Tabernerero, M y Politis, G. (2014). Disociaciones en teoría de la mente en la variante conductual de la demencia frontotemporal. Anuario de Investigaciones, 21(1), 277-284. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994075>

Tabernerero, M. Rubinstein, Y. Cossini, C y Politis, G. (2016). Reconocimiento facial de emociones básicas en demencia frontotemporal variante conductual y en enfermedad de Alzheimer. Neurología Argentina, 8(1), 8-16. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-pdf-S1853002815000646>

Toro, J. y Yepes, M. (2018). El cerebro del siglo XXI. Recuperado de <http://www.ebooks7-24.com.iberobasesdedatosezproxy.com/stage.aspx?il=&pg=&ed=>

Trápaga, O., Pelayo, G., Sánchez, O., Bello, D y Bautista, B. (2018). De la psicología cognitiva a la neuropsicología. Recuperado de <http://www.ebooks7-24.com.iberobasesdedatosezproxy.com/stage.aspx?il=&pg=&ed=>

Viñuela, F. (2019). Recomendaciones para el manejo del deterioro cognitivo. Sociedad Andaluza de Neurología. Recuperado de <http://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/10/LIBRO-DETERIORO-COGNITIVO-DEF.pdf>

Anexos

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES Y/O CUIDADOR



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES Y/O CUIDADOR

Estimado participante y/o cuidador

Título de la investigación: Alteraciones de la inteligencia emocional en adultos mayores entre 50 - 80 años, con diagnóstico de demencia frontotemporal en grado leve (1-12 meses de diagnóstico)

Consistencia de la investigación: Con la investigación se busca describir la asociación de la inteligencia emocional y el grado de demencia en los pacientes con DFT para extraer conocimiento en beneficio a los procesos terapéuticos y preventivos en el crecimiento del estudio de la enfermedad.

La investigación se proyecta a extraer conocimiento útil en beneficio a los procesos terapéuticos y preventivos de los pacientes con diagnóstico de Demencia Frontotemporal, generar la mayor información para mejorar la intervención a hacer a la enfermedad, se aportará sobre la posible relación que tiene la enfermedad con la inteligencia emocional, identificado la existencia de alteraciones en la inteligencia emocional en los pacientes. Así mismo se producirán aportes en el crecimiento del estudio de la enfermedad, enriqueciendo la caracterización clínica e implementando la necesidad e inspiración de nuevos modelos neurocognitivos que tengan relación con la enfermedad neurodegenerativa y la inteligencia emocional, siempre buscando la mejora de la adaptación del paciente, familia, en el seguimiento y acompañamiento del terapeuta psicológico.

Participación de la investigación: La participación implica asistir a las reuniones donde se explicaran los objetivos de la investigación, diligenciar el consentimiento informado y seguido de esto contestar cuatro instrumentos psicológicos, y de esta manera cumplir con los objetivos del estudio; el primero constara en aplicar la escala de Moca para certificar el diagnóstico de DFT en grado leve; el segundo buscara indagar sobre el estado de inteligencia emocional por medio de la aplicación de Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24); el tercero evaluará la empatía, aplicando el Cociente de empatía (EQ); y por último se aplicara el test de Stroop que permitirá evaluar el control inhibitorio.

La participación es totalmente voluntaria, y en caso de que decidan retirarse del proceso de investigación, tendrán la completa libertad de hacerlo en cualquier momento, sin necesidad de brindar explicaciones ni tener consecuencias por ello.

Riesgos: El riesgo principal que existe es que los participantes sientan que las preguntas que se les hacen son personales, íntimas y con esto traigan emociones negativas como tristeza o frustración, se sientan en desconfianza ante mi presencia y por tal razón se genere apatía. Con el propósito de minimizar estos riesgos, tanto los participantes como sus cuidadores o tutores legales podrán dar por terminada la sesión en cualquier momento que deseen.

Por tanto, la presente investigación tiene riesgo mínimo, debido a que se busca observar a los participantes en su contexto natural, para posteriormente aplicar los instrumentos psicológicos y recolectar los datos necesarios a estudio, con el propósito de describir las observaciones y análisis de resultados.

La confidencialidad: Las intervenciones que se llevaran acabo serán seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad, con el fin de proteger los datos de los participantes, manteniendo en confidencialidad la información, utilizándola solo con fines de la investigación y guardando completa confidencialidad frente a los datos que involucren la identificación de los participantes.

Dudas: Para asegurar la completa información necesaria que requiera el participante, cuidador y familia se asegurará la resolución de cualquier duda, al inicio o en cualquier momento del proceso, durante los encuentros o por medio del siguiente correo electrónico mrromeros@ibero.edu.co

Resultados obtenidos de la investigación: Luego de la aplicación de los instrumentos psicológicos, los resultados serán analizados y se les serán informados sobre los resultados generales del estudio de forma clara y oportuna.

Por lo anterior, solicito su autorización para que participe de forma voluntaria en el estudio. Recuerde que puede hacer preguntas acerca del proceso, las cuales serán respondidas antes de iniciar la aplicación de los instrumentos, para resolver cualquier duda o inquietud. Si está de acuerdo diligencie la siguiente información.

Yo, _____, mayor de edad, identificado con Cedula de ciudadanía N° _____ de _____ en mi calidad de participante (), cuidador (), representante legal (), en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo de manera voluntaria la asistencia y participación, al presente estudio. Certificó que he sido debidamente informado(a) acerca del proceso que se llevará a cabo, sus condiciones y los derechos que tengo como participante, y además se me ha sido resultas todas las dudas.

En vista de lo anteriormente expuesto, confirmo que he sido informado y consentido de mi participación en el estudio y colaboración en las reuniones e intervenciones llevadas a cabo por la investigadora Merlie Julieth Romero Salazar identificada con numero de ciudadanía 1'013.691.297, estudiante de la ciudad de Bogotá de la Corporación Universitaria Iberoamericana. Actualmente cursando 9 semestre de la carrera de psicología.

Se me informa y acepto las condiciones que se presentan en este documento. En constancia, se firma este consentimiento informado por las partes que en él intervienen.

Bogotá D.C., a los _____ días, del mes de _____ de 2020.

Firma del participante y/o cuidador

Nombre completo:

C.C.

Celular:

Email:

Datos de los testigos:

1. Nombre: _____ Dirección: _____
Relación con el participante: _____

Firma

Nombre completo:

C.C.

Celular:

Email:

2. Nombre: _____ Dirección: _____
Relación con el participante: _____

Firma

Nombre completo:

C.C.

Celular:

Email:

Firma de la investigadora

Nombre completo:

C.C.

Celular:

Email:

Anexo 2. TRAIT META-MOOD SCALE (TMMS-24)

TMMS-24

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y 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

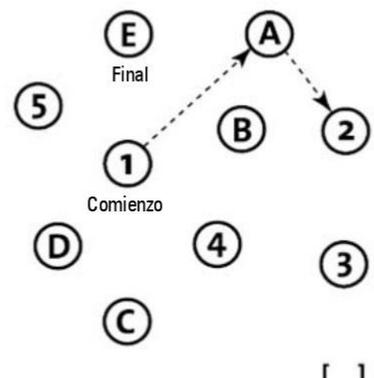
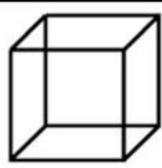
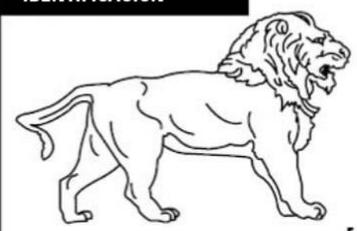
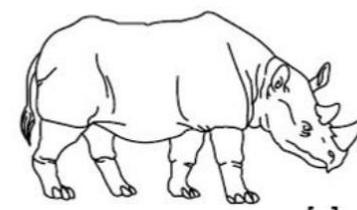
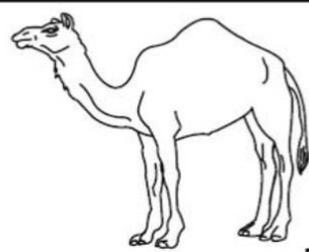
1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos 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 EVALUACIÓN COGNITIVA DE MONTREAL (MOCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		 					Copiar el cubo Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)			Puntos
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas			___/5
IDENTIFICACIÓN		  								___/3
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos			
	1er intento									
	2º intento									
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2	___/2								
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. <input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFABA	___/1								
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.	___/3								
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>	___/2								
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)	___/1								
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla <input type="checkbox"/>	___/2								
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Optativo	Pista de categoría									
	Pista elección múltiple									
ORIENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad	___/6								
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30					TOTAL ___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios			

Anexo 4. CARTA DE PRESENTACION GERIATRICOS



Línea de Atención
(1) 742 6582

Sede Bogotá
Calle 17 # 5-27
Sede Principal
PBX: (0) 742 8582

Sede Bucaramanga
Calle 36 # 28 - T3, local 8 y 9
Barrio: Mejoras públicas
PBX: (7) 6972812

Sede Cali
Calle 5 No. 24 A - 32
Santiago de Cali
PBX: (2) 4896195

Sede Kennedy
Calle 40 sur # 70a - 35
Barrio Kennedy
PBX: (1) 742 6675

Sede Neiva
Calle 4 # 62 - 65
Barrio Chazareno
PBX: (8) 8631089 Ext. 331

Bogotá, DC – octubre 06 de 2021

Señores
Hogares
Gerátricos

Ref: aval proceso de recolección de datos proyecto de investigación

Por medio de la presente presentamos a Ustedes a la Psicóloga en Formación **Merlie Julieth Romero Salazar** quien se encuentra realizando como Opción de Grado un proyecto de investigación titulado **“Correlación de la inteligencia emocional y el deterioro cognitivo leve en una muestra de adultos y adultos mayores”**, asesorado por la docente **Angela María Polanco Barreto**, vinculada al Programa de Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Corporación Universitaria Iberoamericana.

Este proceso de investigación tiene como objetivo determinar el nivel de relación de inteligencia emocional y deterioro cognitivo en adultos y adultos mayores, para ello requiere que se le permita realizar el proceso de recolección de datos a los miembros de su institución a quienes se les aplicarían un primer instrumento que constará en la aplicación de la escala de Moca para determinar el grado de deterioro cognitivo, con el propósito de hacer una caracterización, y el segundo instrumento y cuestionario buscará indagar sobre el estado de inteligencia emocional por medio de la aplicación de Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), cumpliendo así en totalidad la aplicación de dos instrumentos. Por supuesto la información obtenida solo será utilizada con fines académicos investigativos, salvaguardando la identidad de los participantes, así mismo teniendo en cuenta todas las consideraciones éticas pertinentes para el desarrollo del proceso.

De permitir la aplicación de los instrumentos, la psicóloga y practicante en formación se compromete a socializar con la Institución los resultados y las conclusiones que se obtengan de la investigación.

Quedamos atentos a la pronta y positiva respuesta;

Gloria Elsa Rodríguez Jiménez
Coordinación de Investigaciones
Corporación Universitaria Iberoamericana
Coord.investigacion@ibero.edu.co

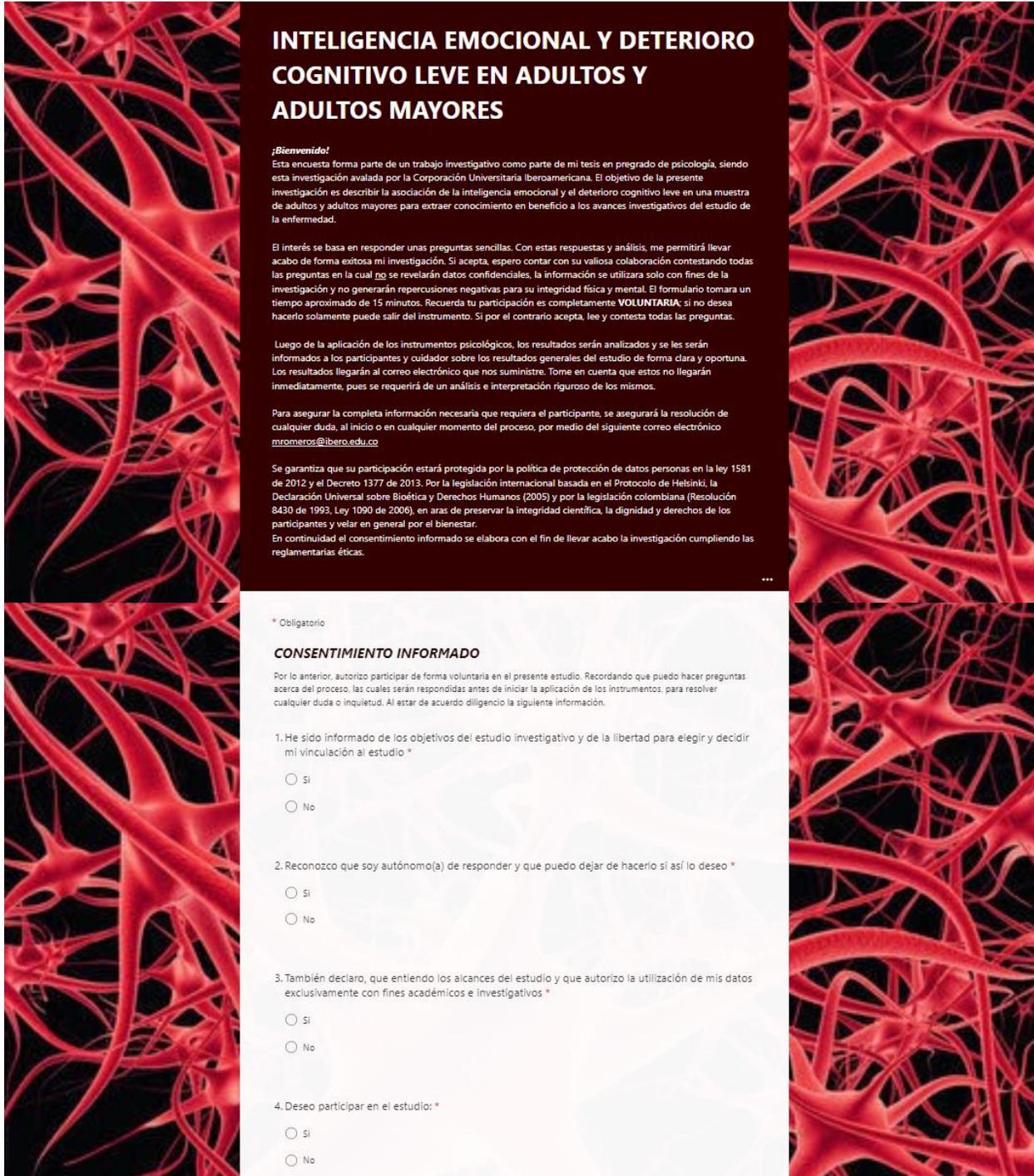
Angela Polanco
Docente asesora
Programa de Psicología
angela.polanco@ibero.edu.co

@iberou
Corporación Universitaria Iberoamericana
@iberou

ibero.edu.co

**CONTIGO
AHORA**

Anexo 5. ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA FORMS



INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

¡Bienvenido!
Esta encuesta forma parte de un trabajo investigativo como parte de mi tesis en pregrado de psicología, siendo esta investigación avalada por la Corporación Universitaria Iberoamericana. El objetivo de la presente investigación es describir la asociación de la inteligencia emocional y el deterioro cognitivo leve en una muestra de adultos y adultos mayores para extraer conocimiento en beneficio a los avances investigativos del estudio de la enfermedad.

El interés se basa en responder unas preguntas sencillas. Con estas respuestas y análisis, me permitirá llevar acabo de forma exitosa mi investigación. Si acepta, espero contar con su valiosa colaboración contestando todas las preguntas en la cual no se revelarán datos confidenciales, la información se utilizara solo con fines de la investigación y no generarán repercusiones negativas para su integridad física y mental. El formulario tomara un tiempo aproximado de 15 minutos. Recuerda tu participación es completamente **VOLUNTARIA**; si no desea hacerlo solamente puede salir del instrumento. Si por el contrario acepta, lee y contesta todas las preguntas.

Luego de la aplicación de los instrumentos psicológicos, los resultados serán analizados y se les serán informados a los participantes y cuidador sobre los resultados generales del estudio de forma clara y oportuna. Los resultados llegarán al correo electrónico que nos suministre. Tome en cuenta que estos no llegarán inmediatamente, pues se requerirá de un análisis e interpretación riguroso de los mismos.

Para asegurar la completa información necesaria que requiera el participante, se asegurará la resolución de cualquier duda, al inicio o en cualquier momento del proceso, por medio del siguiente correo electrónico mmromeros@ibero.edu.co

Se garantiza que su participación estará protegida por la política de protección de datos personas en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Por la legislación internacional basada en el Protocolo de Helsinki, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) y por la legislación colombiana (Resolución 8430 de 1993, Ley 1090 de 2006), en aras de preservar la integridad científica, la dignidad y derechos de los participantes y velar en general por el bienestar.
En continuidad el consentimiento informado se elabora con el fin de llevar acabo la investigación cumpliendo las reglamentarias éticas.

* Obligatorio

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por lo anterior, autorizo participar de forma voluntaria en el presente estudio. Recordando que puedo hacer preguntas acerca del proceso, las cuales serán respondidas antes de iniciar la aplicación de los instrumentos; para resolver cualquier duda o inquietud. Al estar de acuerdo diligencio la siguiente información.

1. He sido informado de los objetivos del estudio investigativo y de la libertad para elegir y decidir mi vinculación al estudio *
 Si
 No
2. Reconozco que soy autónomo(a) de responder y que puedo dejar de hacerlo si así lo deseo *
 Si
 No
3. También declaro, que entiendo los alcances del estudio y que autorizo la utilización de mis datos exclusivamente con fines académicos e investigativos *
 Si
 No
4. Deseo participar en el estudio: *
 Si
 No



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor responder cada dato solicitado.

5. Nombre completo *

6. Edad *

40-49

50-59

60-69

70-79

80-90

7. Genero *

Hombre

Mujer

8. Estado civil *

Soltero/a

Casado/a

Viudo/a

Divorciado/a

Unión libre

9. Lugar de residencia *

Hogar Geriátrico

Casa u apartamento

10. Estrato en el que vives *

1-2

3-4

5-6

11. Nivel de escolaridad *

Postgrado

Técnico o tecnólogo

Bachillerato

Secundaria

Universitario

Primaria

12. Ocupación actual *

Actividades de casa

Trabajar

Actividad de Hogar Geriátrico

13. Actividades de ocio *

- Ver televisión
- Juegos de mesa
- Leer
- Hablar con amigos
- Bailar
- Caminar
- Escuchar música
- Cantar
- Dibujar/ colorear
- Ninguna

14. ¿Consumes sustancias psicoactivas? *

- Si
- No

15. ¿Sufre alguna enfermedad psiquiátrica? *

- Si
- No

16. Email - Correo

Escriba su respuesta

* Obligatorio

HÁBITOS DE VIDA

Este apartado sirve para conocer acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja o escriba la que le parezca más apropiada.

17. A lo largo de tu vida qué carga de estrés laboral crees que manejaste *

- Alta
- Media
- Baja

18. ¿Cuántas horas duermes diariamente? *

- 1-5
- 5-8
- 8-12
- +12

19. ¿Practicas alguna actividad física? *

- Si
- No



Escala Trait Meta-Mood (TMMS-24)- Inteligencia emocional

La Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24) en su versión castellana evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 24 ítems. Por consiguiente evalúa las habilidades con las que se es consciente de las propias emociones así como de la capacidad para regularlas.

Esta escala está compuesta por las tres subescalas:

- **Atención emocional:** Se es capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada.
- **Claridad de sentimientos:** Comprende bien sus estados emocionales.
- **Reparación emocional:** Se es capaz de regular los estados emocionales correctamente.

21. A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y luego indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas.

Nota: La escala no tiene respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas, por lo tanto seleccione la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.*

	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	<input type="radio"/>				
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	<input type="radio"/>				
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	<input type="radio"/>				
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	<input type="radio"/>				
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	<input type="radio"/>				
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente	<input type="radio"/>				
7. A menudo pienso en mis sentimientos	<input type="radio"/>				
8. Presto mucha atención a cómo me siento	<input type="radio"/>				
9. Tengo claros mis sentimientos	<input type="radio"/>				
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	<input type="radio"/>				
11. Casi siempre sé cómo me siento	<input type="radio"/>				
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	<input type="radio"/>				

22. Continúe respondiendo: *

	1.Nada de acuerdo	2.Algo de acuerdo	3.Bastante de Acuerdo	4.Muy de acuerdo	5.Totalmente de acuerdo
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	<input type="radio"/>				



Correlación inteligencia emocional y deterioro cognitivo leve en adultos y adultos mayores



14. Siempre puedo decir cómo me siento	<input type="radio"/>				
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones	<input type="radio"/>				
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos	<input type="radio"/>				
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	<input type="radio"/>				
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	<input type="radio"/>				
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	<input type="radio"/>				
20. Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal	<input type="radio"/>				
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	<input type="radio"/>				
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	<input type="radio"/>				
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz	<input type="radio"/>				
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	<input type="radio"/>				



Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (Moca)

Es una prueba breve de 30 preguntas, su duración es de aproximadamente 10 minutos y ayuda a evaluar las disfunciones cognitivas leves.

23. Visuoespacial/ Ejecutiva *

	0	1	2	3	4	5
Secuencia-Cubo-Reloj	<input type="radio"/>					

24. Identificación *

	0	1	2	3
Figura 1-2-3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Atención *

	0	1	2	3
Lectura numérica 1 y 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serie de letras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Lenguaje *

	0	1	2
Repetir frases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
# de palabras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Abstracción *

	0	1	2
Similitudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Recuerdo diferido *

	0	1	2	3	4	5
Memoria (palabras)	<input type="radio"/>					

29. Orientación *

	0	1	2	3	4	5	6
General (único)	<input type="radio"/>						

30. Puntaje total (Moca)

Escriba su respuesta

Anexo 6. FOLLETO INFORMATIVO Y PREVENTIVO DCL Y IE

FORMAS DE FORTALECER TU INTELIGENCIA EMOCIONAL

1. Dedicar tiempo para reflexionar lo que sientes y averiguar las causas de esas emociones.
2. No niegues los sentimientos, acéptalos, sentir rabia es humano, lo que cuenta es cómo se expresa la emoción sin hacerle daño a otros.
3. Determina las potencialidades y límites, fomenta la autoconfianza y el autoconocimiento.
4. Los cambios son una parte de la vida, acéptalos y aprende a adaptarte a ellos. Mirarlos como una oportunidad para crecer.
5. Se atento a los sentimientos de los demás, refleja que comprendes lo que siente, se empático.
6. Identifica que te mantiene motivado para lograr un objetivo y celebra cada vez que se acerque a la meta.
7. No juzgues a los demás, has críticas asegurándote sean constructivas.
8. Escucha la opinión de los demás sobre ti, toma consciencia y aprende de todo.
9. No dejes la felicidad en manos de otras personas, cosas u objetos. Gestiona tu bienestar en ti con tus medios y oportunidades
10. Al tener un problema centrarse en buscar la solución, no en el problema
11. Aprender a lidiar con la frustración y el rechazo, hacen parte de la vida y permite fortalecerte como persona.



La detección precoz del deterioro cognitivo leve, tener hábitos saludables, junto con una excelente inteligencia emocional evitará enfermedades neurodegenerativas y en general de salud mental, y por supuesto vivirás y envejecerás saludablemente

Que la información sea útil para ti y tus seres queridos

¡Gracias!

Diseñado por: Merlie Julieth Romero Salazar
Revisado por: Angela María Polanco Barreto



Beneficios para tu salud mental

EL FUTURO DE TU SALUD MENTAL SIEMPRE DEPENDERÁ DE TI

Si quieres un cerebro sano debes cuidarlo toda tu vida, empieza ahora



¿QUÉ ES EL DETERIORO COGNITIVO?

Definido como la disminución de funciones cognitivas como: la atención, memoria, lenguaje, planificación, cálculo, organización, orientación temporal, y visuoespacial, ligados a cambios del comportamiento, coordinación de movimientos, sensación de fatiga de esfuerzo mental.

Estos dependen de factores fisiológicos y ambientales, donde las personas se encuentran en gran variabilidad contextual, social y cultural.



FACTORES DE RIESGO QUE GENERAN MAYOR PROBABILIDAD DE POSEER DETERIORO COGNITIVO

- Poseer enfermedades medicas de riesgo vascular como: Hipertensión, diabetes, colesterol, obesidad
 - Tener o haber tenido en su vida consumo excesivo de alcohol o tabaco
- Poseer enfermedades psicológicas como: depresión
 - No haber terminado sus estudios principales (primaria y bachillerato)
- Poseer una alimentación poco saludable
 - Hábitos inadecuados del sueño
- Inactividad física (ser sedentario)
 - Aislamiento social
- Inactividad cognitiva (No realizar actividades que pongan en ejerciten el cerebro)

RECOMENDACIONES Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES PARA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

No consumir tabaco ni alcohol

Mantener un círculo social amplio (amigos y familiares)

Dieta balanceada con verdura y pescado

Dormir lo adecuado (no mayor a 9 horas, y no menos a 7 horas)

Mantener peso adecuado

Fortalecer la memoria: aprender direcciones, números de contactos frecuentes, ir al mercado sin lista, entre otros.

Hacer uso de juegos como: ahorcado, stop, sopa de letras, crucigramas, sudoku, bingo, cartas, ajedrez, tetris, etc...

Realizar actividad física: Natación, bailar (aeróbicos), caminar 30 min al día hasta 2 horas.

Ver poca televisión - tener un uso moderado

Realizar actividades sociales en las que se incluya el diálogo, contar anécdotas y recordar lo vivido, es importante a nivel emocional también.

Aumenta la actividad intelectual y cerebral diaria: Aprender nuevos juegos, idiomas, realizar lectura del periódico, revistas o libros, aprender a tocar algún instrumento, natación, baile, dibujar o pintar



Cuídate, envejeces como has vivido

Anexo 7. EVIDENCIA FOTOGRAFICA DE INTERVENCION EN LAS INSTITUCIONES





Correlación inteligencia emocional y deterioro cognitivo leve en adultos y adultos mayores

