



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“EL DETERIORO COGNITIVO Y LA ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR
QUE ASISTE AL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL IESS
AMBATO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Lic. Guerrón Camino, Mayra Priscila

Tutora: Psi. Cl. Betancourt Ulloa, Nancy del Carmen

Ambato – Ecuador

Enero 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el tema: **“EL DETERIORO COGNITIVO Y LA ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL IEES AMBATO”**, de Mayra Priscila Guerrón Camino, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador elegido por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, agosto del 2015

LA TUTORA

.....
Psi. Cl. Betancourt Ulloa, Nancy del Carmen

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: **“EL DETERIORO COGNITIVO Y LA ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL IESS AMBATO”** como también los contenidos ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, agosto del 2015

LA AUTORA

.....
Lic. Mayra Priscila Guerrón Camino

DERECHOS DE AUTOR

Faculto a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de ella un documento útil para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi Proyecto de Investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, agosto 2015

LA AUTORA

.....
Lic. Mayra Priscila Guerrón Camino

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador legalizan el Informe de Investigación, sobre el Tema: **“EL DETERIORO COGNITIVO Y LA ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL IESS AMBATO”** de Mayra Priscila Guerrón Camino, estudiante de Psicología Clínica.

Ambato, enero 2016

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

El Proyecto de Investigación está dedicado en primer lugar a DIOS quien es mi padre celestial que me cuida y me ama incondicionalmente, a mis padres Jorge Guerrón y Delia Camino quienes confiaron en mí y me impulsaron a continuar en este caminar profesional y conseguir uno de los objetivos de mi plan de vida.

A mis hermanas Alexandra y Victoria quienes son también una parte importante en mi vida, al CENTI (Centro Ecuatoriano de Teoterapia Integral) Institución en la cual pude prepararme pre profesionalmente con el trabajo en grupo con adolescentes durante 2 años .

Lic. Mayra Guerrón

AGRADECIMIENTO

Al culminar con una Carrera que inició con grandes expectativas, me siento realmente realizada doy gracias a Dios por todas las circunstancias que he vivido ya que me han hecho fuerte; agradezco también a mis grandes amigas quienes estuvieron conmigo en momentos difíciles y supieron darme una palabra de aliento para seguir. A mis padres por el apoyo incondicional, a la Universidad Técnica de Ambato por abrirme las puertas y permitirme graduarme de esta maravillosa Carrera Psicología Clínica, a todos los docentes de la Carrera, que día a día me inculcaron todo el conocimiento ético, científico y práctico para poder aplicarlo en el campo laboral y enseñarme tantas cosas importantes y significativas. A mis compañeras de la carrera con quienes pude compartir muchas experiencias de vida. A mí misma por ser hoy quien soy.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINAS PRELIMINARES

| | |
|--|------|
| PORTADA..... | i |
| APROBACIÓN DEL TUTOR..... | ii |
| AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO | iii |
| DERECHOS DE AUTOR | iv |
| APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR..... | v |
| DEDICATORIA | vi |
| AGRADECIMIENTO | vii |
| ÍNDICE DE CONTENIDO..... | viii |
| ÍNDICE DE TABLAS | x |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | x |
| RESUMEN..... | xii |
| SUMMARY | xiv |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I..... | 2 |
| 1. EL PROBLEMA..... | 2 |
| 1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 2 |
| 1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 7 |
| 1.3.- OBJETIVOS | 7 |
| 1.3.1.-OBJETIVO GENERAL | 7 |
| 1.3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 7 |
| 1.4- JUSTIFICACIÓN | 7 |
| 1.5.- LIMITACIONES..... | 9 |
| CAPÍTULO II | 10 |
| 2.- MARCO TEÓRICO..... | 10 |
| 2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 10 |
| 2.2.- BASE TEÓRICA | 20 |
| 2.2.1.- ENVEJECIMIENTO..... | 20 |

| | |
|---|----|
| 2.2.1.1.-CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO.... | 20 |
| 2.2.1.2.-TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO..... | 24 |
| 2.2.1.2.1. TEORÍAS ESTOCÁSTICAS | 24 |
| 2.2.1.2.2.-TEORÍAS NO ESTOCÁSTICAS | 26 |
| 2.2.1.3.-FISIOLOGÍA DE LA TERCERA EDAD | 28 |
| 2.2.2.- DETERIORO | 33 |
| 2.2.3.- DETERIORO COGNITIVO | 33 |
| 2.2.4.-ANSIEDAD..... | 34 |
| 2.2.4.1.-ANSIEDAD Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN..... | 40 |
| 2.2.5.-TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD..... | 42 |
| 2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS | 43 |
| 2.4.- SISTEMA DE HIPÓTESIS | 46 |
| 2.4.1.-HIPÓTESIS GENERAL | 46 |
| 2.4.2.-H .ESPECIFICAS..... | 46 |
| 2.5.- SISTEMA DE VARIABLES..... | 47 |
| 2.5.1.-VARIABLE INDEPENDIENTE: Deterioro Cognitivo..... | 47 |
| 2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE: Ansiedad..... | 48 |
| CAPÍTULO III | 49 |
| 3.- MARCO METODOLÓGICO | 49 |
| 3.1.- NIVEL DE INVESTIGACIÓN | 49 |
| 3.1.1.-DE CAMPO..... | 49 |
| 3.1.2.-DESCRIPTIVA | 49 |
| 3.1.3.-BIBLIOGRÁFICA | 49 |
| 3.2.- DISEÑO. | 50 |
| 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA | 50 |
| 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 51 |
| 3.4.1.-DETERIORO COGNITIVO | 51 |
| 3.4.2.-ANSIEDAD..... | 53 |
| 3.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 56 |
| CAPÍTULO IV | 57 |
| 4.- ASPECTOS ADMINISTRATIVOS..... | 57 |

| | |
|--|--------------------------------------|
| 4.1.- RECURSOS | 57 |
| 4.2.-PRESUPUESTO | 58 |
| 4.3.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 59 |
| 5.- BIBLIOGRAFIA | ¡Error! Marcador no definido. |
| 5.1.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 60 |
| 5.2.-LINKOGRAFIA | 62 |
| 5.3.-BASES DE DATOS – UTA | 70 |
| 6.1.- Anexo A.- Test Minimental State Examination..... | 71 |
| 6.2.-Anexo B. Test Escala de Ansiedad de Hamilton..... | 71 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| TABLA 1.VARIABLE INDEPENDIENTE DETERIORO COGNITIVO..... | 47 |
| TABLA 2. VARIABLE DEPENDIENTE. ANSIEDAD | 48 |
| TABLA 3.POBLACIÓN O MUESTRA | 50 |
| TABLA 4. PRESUPUESTO..... | 58 |
| TABLA 5.CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 59 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 1. (ANEXO C)DIFERENTES GRUPOS DE EDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES | 73 |
| GRÁFICO 2. (ANEXO D)PROVINCIAS QUE TIENEN MAYOR CANTIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES | 73 |
| GRÁFICO 3. (ANEXO E)PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES POR GRUPO ÉTNICO (2003 - 2009)..... | 74 |
| GRÁFICO 4. (ANEXO F)EVOLUCIÓN DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL ECUADOR | 74 |

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 5. (ANEXO G)ESPERANZA DE VIDA Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DE LA POBLACIÓN (1970 - 2010) | 75 |
| GRÁFICO 6. (ANEXO H)TASA DE POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA (PEA) Y DESEMPLEO DE LOS ADULTOS MAYORES | 75 |
| GRÁFICO 7. (ANEXO I)PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES POR GRUPO ÉTNICO (2003 - 2009) | 76 |
| GRÁFICO 8. (ANEXO J)PERSONAS ADULTAS MAYORES Y ASEGURAMIENTO | 76 |
| GRÁFICO 9. (ANEXO K)PERSONAS ADULTAS MAYORES Y ASEGURAMIENTO | 76 |

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“EL DETERIORO COGNITIVO Y LA ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR
QUE ASISTE AL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL IEES
AMBATO”**

Autora: Lic. Guerrón Camino, Mayra Priscila

Tutora: Psi. Cl. Betancourt Ulloa, Nancy del Carmen

Fecha: Agosto 2015

RESUMEN

Diversos estudios muestran un incremento considerable de adultos mayores con deterioro cognitivo y ansiedad. Ante la vulnerabilidad de la población geriátrica y de los diferentes problemas que atraviesan los adultos mayores se ha considerado primordial investigarlo.

El objetivo de esta investigación es determinar la influencia del Deterioro Cognitivo en la Ansiedad, detectar los niveles de deterioro cognitivo, y de ansiedad, identificar la relación género y edad con los niveles de ansiedad y analizar los factores sociodemográficos que afectan a los Adultos mayores que asisten al Programa de Envejecimiento Activo del IEES de la ciudad de Ambato.

Se realizó una revisión documental bibliográfica con el propósito de detectar, ampliar y profundizar diferentes enfoques, teorías, conceptualizaciones y criterios de diversos autores sobre el Deterioro Cognitivo y la Ansiedad en el Adulto Mayor mediante (fuentes primarias) en libros, revistas, periódicos y otras publicaciones (fuentes secundarias), en las bases de datos Scielo, Cobuec, Science, Pubmed, Biomedic, Gale Cengage Learning, Scopus, entre otras. Se obtuvo 50 artículos de investigación los cuales aportaron favorablemente al desarrollo del tema.

La población determinada para el estudio está conformada por 300 Adultos Mayores, del Programa de Envejecimiento Activo del IESS Ambato, después de aplicar la respectiva formula estadística la muestra es de *167 Adultos mayores* (Suárez y Tapia, 2008).

Se obtuvo información oportuna de las teorías y características generales del envejecimiento, de la fisiología de la tercera edad, de deterioro cognitivo y finalmente de la ansiedad.

Para obtener la información se propondrá la *aplicación de test de valoración; Test Minimental para Deterioro Cognitivo y la Escala de Ansiedad de Hamilton para la Ansiedad* los mismos que emitirán resultados fiables para el proyecto de investigación tanto para el Deterioro Cognitivo como para Ansiedad si existiere.

Es importante estudiar al adulto mayor como un ser biopsicosocial vulnerable ante factores como la edad, género, enfermedades físicas, enfermedades psicológicas, instrucción académica. Se debe trabajar multidisciplinariamente con profesionales de la salud y la familia para mejorar el estilo de vida del adulto mayor.

PALABRAS CLAVES: ENVEJECIMIENTO, ANSIEDAD, DETERIORO_COGNITIVO, EDAD, GÉNERO, ENFERMEDADES_ FÍSICAS, ENFERMEDADES_ PSICOLÓGICAS.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**"COGNITIVE IMPAIRMENT AND ANXIETY IN THE ELDERLY
PROGRAM ASSISTING ACTIVE AGING AMBATO IEES"**

Author: Guerrón Camino, Mayra Priscila

Tutor: Psi. Cl. Betancourt Ulloa Nancy del Carmen.

Date: Noviembre de 2015

SUMMARY

Several studies show a significant increase in older adults with cognitive impairment and anxiety. Given the vulnerability of the elderly population and the different problems experienced by older adults it has been considered essential to investigate.

The objective of this research is to determine the influence of cognitive decline in anxiety, detect levels of cognitive impairment, anxiety and identify the gender and age regarding anxiety levels and analyze sociodemographic factors affecting older adults attending the Active Ageing Programme IEES city of Ambato.

A literature literature review was performed in order to identify, expand and deepen different approaches, theories, conceptions and approaches of various authors on cognitive decline and Anxiety in the Elderly by (primary sources) in books, magazines, newspapers and other publications (secondary sources), on the basis of Scielo, Cobuec, Science, PubMed, Biomedic, Gale Cengage Learning, Scopus, among other data. 50 research papers which contributed favorablente on the matter was obtained.

The target population for the study consists of 300 Aging, Active Aging Program IEES Ambato, after applying the appropriate statistical formula the sample is 167 Elderly (Suarez and Tapia, 2008).

Timely information of theories and general characteristics of aging, physiology elderly, cognitive impairment and anxiety finally was obtained.

For information applying valuation test will be proposed; Minimental test for cognitive impairment and Hamilton Anxiety Scale for Anxiety issued the same reliable results for the research project for both cognitive impairment and for anxiety, if any.

It is important to consider the elderly as a biopsychosocial being vulnerable to factors such as age, gender, physical illnesses, psychological illnesses, academic instruction. It should work with a multidisciplinary health professionals and the family to improve the lifestyle of the elderly.

KEYWORDS: AGING, ANXIETY, DETERIORO_COGNITIVO, AGE, GENDER, ENFERMEDADES_PHYSICAL, PSYCHOLOGICAL_ENFERMEDADES.

INTRODUCCIÓN

La vejez es una de las etapas evolutivas, transicionales que el adulto mayor atraviesa, a medida que los seres humanos sobrepasan los 65 años aumenta progresivamente la probabilidad que aparezca limitaciones en la funcionalidad.

La Ansiedad es una respuesta normal frente a acontecimientos estresantes, sin embargo puede convertirse en una ansiedad patológica causando grandes daños en todas las áreas que componen al ser humano, los adultos mayores no están exceptos de presentar cuadros ansiosos, de hecho los ancianos al experimentar una serie de cambios a nivel biológico, psicológico y social podrían presentar cuadros ansiosos.

Una de las características que se evidencian en el adulto mayor es el declive global de las funciones cognitivas, la escases de conocimiento sobre el deterioro cognitivo, da lugar a un inadecuado manejo en cuanto a la aceptación de esta etapa, el objetivo de esta investigación es determinar la influencia del Deterioro Cognitivo en la Ansiedad, detectar los niveles de deterioro cognitivo, de ansiedad, identificar la relación género y edad con los niveles de ansiedad y analizar los factores sociodemográficos que afectan a los Adultos mayores que asisten al Programa de Envejecimiento Activo del IESS de la ciudad de Ambato.

Al realizar el Proyecto de Investigación se podrá analizar como en los últimos años se ha venido desarrollando diversos estudios a nivel mundial acerca del Deterioro Cognitivo y Ansiedad en los adultos mayores.

En Ecuador como uno de los países Latinoamericanos hispanoparlantes se ha podido reunir criterios de varios autores acerca del tema ayudando al enriquecimiento del proyecto.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

TEMA

“El Deterioro Cognitivo y la Ansiedad en el Adulto Mayor que asiste al Programa de Envejecimiento Activo del IESS Ambato”

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Paucar (2014) menciona, según La Organización Mundial de la Salud (OMS), que una persona es adulta mayor a partir de los 65 años de edad.

Santorres (2013) refiere en la medida en que los adultos entran en la adultez mayor se afrontan a una serie de tareas del desarrollo evolutivo; conservarse sanos físicamente, contar un entrada económica para poder mantenerse a sí mismos y a su familia, además enfrentar la pérdida de la reputación y estatus que se logra por medio de la labor y el acuerdo de roles familiares, pasar por el “nido vacío” entrar a la etapa de viejos, pasar por la separación, viudez, divorcio, jubilación, volverse probablemente dependiente de los hijos, entre otras, pueden incitar la manifestación de enfermedades que implicarán en la salud mental, en el contenido funcional y el desempeño del individuo.

Vera (2007) señala que la reducción del índice de fecundidad y la mayor esperanza de vida están trastornando la visión a nivel mundial, la población geriátrica sigue creciendo rápidamente en los últimos años se presagia un crecimiento mayor, pues

según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta, en Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total.

Bailón y Pilligua (2013) señalan que las exploraciones expertas en Síndromes Geriátricos a nivel mundial radica del 10% y 15% en la ancianidad, este dato porcentual aumenta cuando no existe la clasificación de los factores de riesgo que lo causan para brindar ayuda y para tratar de descartar los elementos adversos presentes en él o en su entorno, capaces de fomentar un estado ansioso. El significativo aumento en las expectativas de vida, sumado a los bajos índices de natalidad, ha llevado a que las pirámides poblacionales se conviertan, de forma tal que la senectud constituye una materia de estudio biopsicosocial, es decir, la ciencia del envejecimiento es multidisciplinaria y multifactorial.

Los trastornos neuropsiquiátricos del comportamiento y la discapacidad a nivel mundial llegan al 31%. Proyecciones mundiales valúan que los casos de demencia crecerán en países de Europa y Norteamérica a 13,5 millones en el 2000, a 21,2 millones para el 2025. Sin embargo, en general para este grupo se deduce que en el 2000 hubo 18 millones de personas con demencia y se proyecta que para el 2025 esta cifra se incremente a 34 millones. La evaluación del estado mental forma parte del proceso de valoración integral (clínica, funcional, mental y social) de los pacientes adultos mayores Murray & López 1996, (citado por Paucar, 2014 p 3).

Ritter y Pillai (2015) menciona que una de las alteraciones neuropsiquiátricas, es el deterioro cognitivo caracterizado por la disfunción cognitiva.

Y que ésta se puede dar por el estilo de vida u accidentes que provocan una alteración en el funcionamiento de las áreas cognitivas. El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el adulto mayor y condiciona situaciones de grave incapacidad lo cual ocasiona diversos problemas socioasistenciales (Paucar, 2014).

Mangone, Arizaga, Allegri y Ollari (2000) menciona que el deterioro cognitivo no siempre es parte de la vejez y que por lo mismo los médicos generales deberían considerar estudiar más a fondo el tema, los estudios epidemiológicos son escasos, el factor económico es determinante para el diagnóstico de los deterioros cognitivos.

Un estudio realizado en América Latina, con relación al Deterioro Cognitivo Leve en la ciudad de Argentina Córdoba encontró una prevalencia de 13,6% en mayores de 50 años. (Knopmam et al, 2009).

Otro estudio poblacional realizado en la ciudad de Medellín- Colombia se encontró una prevalencia de DCL tipo amnésico de 9,7%. (Hena, Aguirre, Muñoz, Pineda y Lopera, 2008).

En Chile investigaron a 36 personas con DCL, observando la evolución a demencia en 15 de ellos, en un periodo promedio de 31 meses; en un periodo de 2 años adicionales, 50% (10 casos) de los participantes que permanecían con DCL estables, con el tiempo progresaron a Enfermedad de Alzheimer. (Donoso, Behrens y Venegas, 2003).

Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (2004) dice que la Organización Mundial de la Salud en 1996 afirmó que "los problemas mentales serían la plaga del siglo XXI", no serían las infecciones, las enfermedades cardiovasculares ni el cáncer, sino, la depresión y la ansiedad, destacando que sería la segunda causa de discapacidad en el plazo de 20 años.

En el estudio realizado por Sanchez, et al., (2013) se investigaron las circunstancias del estado de salud y bienestar en adultos mayores, encontrándose una mayor proporción de mujeres beneficiarias de los servicios de salud en relación con los hombres, la presencia de síntomas depresivos, halló depresión moderada en un 25,2% y depresión severa en un 4.7%, se relacionó el trabajo asalariado como un indicador indirecto de una mejor calidad de vida y bienestar.

Según la Organización Mundial de la Salud (2013) hoy en día, el 20% de personas adultas mayores tiene síntomas depresivos, pero el diagnóstico de identificación sólo se hace en torno al 5% de los casos, la prevalencia a lo largo de la vida va desde un 3% en Japón, a un 16.9% en EEUU, llegando entre un 8 a 12% en la mayor parte de los países. La escases de criterios diagnósticos de despistaje hace dificultoso comparar tasas de depresión entre las naciones; además, los desacuerdos culturales y los diferentes factores de riesgo afectan la expresión de este trastorno.

La ansiedad y los trastornos depresivos son alteraciones mentales más habituales en la consulta, 1.6% de la población anciana ha pretendido suicidarse, la tasa de suicidio en los últimos 20 años se ha incrementado en 25%. En el 2003 el 18% de la población urbana, entre 18 y 64 años de edad, sufre de trastornos afectivos, principalmente de depresión. González 2003, (citado en Paucar,2014,p 3).

Según Casado Blancas 2014, (citado en Paucar, 2014, p3), los latinoamericanos que más sufren de depresión, son los que solo alcanzaron un nivel de estudio primario con 46,3%, seguido de un 40,7% de personas con un nivel de estudio secundario.

En las expresiones de la ansiedad incluye mal humor, irritabilidad y hasta conductas agresivas. Estas manifestaciones de ansiedad del adulto mayor, frecuentemente se asocian a diversos síntomas físicos como manifestaciones neurovegetativas, tensión muscular, temblores, mialgias, fatiga, sobresaltos y delirios; las expresiones somáticas son habitualmente iguales a las que se aprecian en otras etapas de la vida, añadiéndoseles dificultades amnésicas y trastornos del sueño Waters, Gallegos 2012, (citado por Arrieta, 2014, p 22) .

En el Ecuador existe 14´483.499 de habitantes, 940.905 son adultos mayores de 65 años (6,5%) de la población nacional, la distribución por género de la población nacional anciana es de (53%) para las mujeres y de (47%) para los hombres. Alrededor del 2050, Ecuador tendrá una población geriátrica de 23,4 millones de personas, según

los predomios del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) el país se encuentra en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos mayores que en el 2010 representaban el 7% de la población del Ecuador, en el 2015 alcanzaron el 12.6% y al 2050 representarán el 18% de la población. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC , 2010) .

El 11% de los adultos mayores vive solo, creciendo en la costa 12,4%. Los que viven acompañados en su mayoría viven con su hijo 49%, nieto el 16% y con su esposo o compañero el 15%. El 81% dicen estar orgullosos con su vida, el 28% menciona sentirse indefenso, el 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. El 50% de hombres dejan de laborar por enfermedades, 23% por jubilación y el 8% su familia ya no quieren que se afane. En las mujeres el 50% deja de trabajar por enfermedades, el 8% por jubilación y el 20% porque su familia no quiere que trabaje. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC , 2010).

INEC (2011) refiere que diversos estudios han verificado que los trastornos depresivos y el deterioro cognitivo afectan alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 15% y el 35% de personas que viven en domicilios geriátricos, entre el 10% y el 20% de personas hospitalizadas en unidades de psiquiatría y hospitales generales.

En la provincia de Tungurahua según el INEC, menciona que existen aproximadamente 40 mil ancianos, siendo Mocha el cantón con el más alto índice a nivel nacional, donde la diversidad étnica resalta la indígena. (INEC,2012).

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.- OBJETIVOS

1.3.1.-OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia del deterioro cognitivo en la ansiedad de los adultos mayores que asisten al Programa de Envejecimiento Activo del IESS Ambato.

1.3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar los niveles de Deterioro Cognitivo en los Adultos Mayores.
- Determinar los niveles de ansiedad en los Adultos Mayores.
- Identificar la relación género y edad con los niveles de ansiedad.
- Analizar los factores sociodemográficos que afectan a los adultos mayores.

1.4- JUSTIFICACIÓN

Ante la vulnerabilidad de la población geriátrica y de los diferentes problemas que atraviesan los adultos mayores se ha considerado primordial someterlo a un estudio investigativo, el mismo que facilitada por la apertura del Programa de Envejecimiento Activo del IESS donde se trabaja solo con Adultos Mayores - Jubilados.

La población anciana constituye un grupo etario sensible y prioritario de atención, al considerar el rápido incremento poblacional, y la fragilidad física, emocional y social, que les llevan a presentar padecimientos crónicos y degenerativos, asociadas a estilos de vida impropios y condiciones socio-económicas temporales y ambientales nocivas.

En la senectud, con frecuencia se presentan paralelamente padecimientos en los que no existe una causa única de morbilidad, sino que prevalece la multicausalidad, los eventos a los que está expuesto un individuo a lo largo de su vida como la pérdida de seres queridos, rechazo familiar y social, jubilación, entre otros, generan miedo, preocupación y una fuente continua de estrés con la consiguiente asociación de diversas enfermedades mentales como la depresión, ansiedad en coexistencia con otras patologías que inciden directamente en el bienestar integral del adulto mayor. Se debería invertir recursos financieros necesarios que favorezcan el estudio e intervención oportuna al tratamiento integral de los adultos Mayores.

En el Programa de Envejecimiento Activo del IESS no se han realizado estudios acerca del Deterioro Cognitivo y todas las características funcionales las mismas que se dan a nivel cerebral, esto posiblemente conlleva a que los adultos mayores desarrollen cuadros ansiosos por dicho problema, lo que se investigara en este proyecto. También en el presente trabajo se propondrá analizar y reflexionar acerca de la importancia que tiene las funciones superiores en el área cognitiva del adulto mayor.

La importancia del estudio del tema en éste trabajo de investigación, es demostrar que a través de los conocimientos adquiridos académicamente se puede lograr ventajas en éste campo neurológico ofreciendo una visión diferente y complementaria en la importancia de las funciones superiores en el área cognoscitiva del adulto mayor y así reducir probablemente cuadros ansiosos.

Además de orientar al personal de cuidado de los adultos mayores, tutores, familiares y profesionales se enfatizará en el desarrollo de habilidades que el adulto mayor posea. La siguiente investigación es de tipo original porque no existe otra parecida ni con el mismo enfoque.

Este tema es factible investigar ya que se cuenta con el apoyo de las autoridades del “Proyecto de Envejecimiento Activo - IESS” (Coordinadora y Psicóloga Clínica)

donde se observó el problema, además hay fuentes bibliográficas para sustentar el objeto de estudio.

El aspecto económico será cubierto por la autora.

1.5.- LIMITACIONES

Considerando que el adulto mayor experimenta diversas circunstancias se plantea como limitaciones del proyecto a las variables interventoras como factores ambientales, nutricionales, culturales, las mismas que darán un falso positivo o negativo en la investigación, y para minimizar esto se plantean las siguientes variables de control:

- Edad
- Genero
- Enfermedades Físicas
- Enfermedades Psicológicas
- Instrucción Académica

CAPÍTULO II

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Deterioro Cognitivo

Rosselli & Jurado (2012) en el estudio Evaluación Neuropsicológica de la Demencia refieren que es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por el deterioro de las Funciones Cognitivas, emocionales y conductuales, se diagnostican mediante evaluaciones neuropsicológicas, las mismas que deben ser estandarizadas y validadas en poblaciones hispanoparlantes. Las fuentes de la demencia son variadas y heterogéneas y se determinan mediante exámenes clínico complementarios. Un análisis temprano de demencia ofrece oportunidades de tratamiento al paciente y ayuda a la familia a comprender y manejar mejor la condición del paciente.

Baquero,et.al (2004) en el Estudio Descriptivo de los Trastornos Conductuales en el Deterioro Cognitivo Leve acertaron que el 62% son casos con deterioro , de los cuales presentaban trastorno conductual o psicológico, 61% en mujeres y en el 64% en los varones por tanto no existió diferencias sintomáticas por el sexo, la perturbación más prevalente fue la depresión en un 36% de casos, seguido de irritabilidad (35%), ansiedad(24%) y apatía(19%), agitación(4%), la actividad motora aberrante(3%), y delirio solo en un caso, no se encontraron alucinaciones, desinhibición o euforia.

Latorre y Rodriguez (1997) en la Depresión en la Vejez: Evaluación, variables implicadas y relación con el Deterioro Cognitivo valoraron la depresión y el deterioro cognitivo en 497 ancianos, la prevalencia de la depresión se reduce con la edad hasta los 80 años, a partir de dicha edad se invierte la predisposición en mujeres. Se halló depresión en un 40,6% , en cuanto al género la presencia de sintomatología depresiva es de 1.6 veces mayor en mujeres que en hombres, en cuanto a la correlación entre la sintomatología depresiva y el deterioro cognitivo se encontró mayor en las mujeres que en los hombres, se comparó: ancianos con deterioro cognitivo sin depresión y ancianos con depresión sin deterioro cognitivo se encontró en la prevalencia del deterioro cognitivo (sin depresión) se incrementa con la edad, la prevalencia de la depresión (sin deterioro cognitivo) disminuye en un 10.7%; la variable que mejor predice el deterioro cognitivo es el nivel de estudios en hombres y mujeres.

Albala, et.al (2007) mencionan en el estudio Situación Demográfica en Chile que las perspectivas de vida han incrementado considerablemente debido a los avances médicos y técnicos. En Chile las personas que tienen 65 años o más son un 6% de la población. En el período de los años 50, el chileno vivía un promedio de 54 años, actualmente el promedio de vida es alrededor de 72 años. Es fundamental sensibilizar la opinión y educación pública acerca de las diferentes capacidades de los ancianos, para cambiar la opinión negativa que a veces predomina acerca de la vejez. Finalmente mencionan que la vejez es un problema social y es el término natural de la evolución humana.

Bailón y Pilligua (2013) en la investigación Identificación de los Factores de riesgo que influyen en los Grandes Síndromes Geriátricos, mediante un estudio descriptivo transversal aplicado a 60 ancianos con algún síndrome geriátrico, exponen que los resultados obtenidos en esta investigación están determinados por factores como: biológico (enfermedades 32%), psicológico (pérdida de la memoria 70%) y social (convivencia 44%); el que prevalece en el Adulto Mayor es el síndrome de caídas con un porcentaje de 44%.

Cerquera (2007) relata en la Relación entre los Procesos Cognitivos y el nivel de Depresión en las Adultas Mayores institucionalizadas recogió la información con un muestreo no probabilístico de 67 adultas mayores, este estudio se basa en la necesidad de establecer condiciones reales de las adultas para así mejorar la salud mental y emocional de esta población; se hallaron elementos correlacionales de deterioro y depresión con eventos significantes del ciclo vital. Para el análisis cuantitativo se utilizó índices de correlación de Spearman, cuyo resultado fue de 0.242, lo que indica un descenso correlacional negativo entre el deterioro cognitivo y la depresión de las adultas mayores, para el análisis cualitativo se evaluó el discurso de vida con una muestra de 20 adultas mayores participantes en la investigación donde se determinó que la separación de las adultas mayores de una familia nuclear conlleva a presentar estados depresivo.

Valera, Chavez, Galvez y Mendez (2004) manifiestan, en el estudio Características del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor, que el deterioro cognitivo moderado-severo está presente en un 22.11%, además una asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad. Encontraron un grado de instrucción (analfabeto) relacionada con la situación socioeconómica, confusión aguda, escasez sensorial auditiva, inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, depresión establecida y estatus funcional, se mostró además, la presencia de insomnio; el deterioro cognitivo en la población adulta mayor hospitalizada es elevada.

Donoso, Venegas, Villarroel y Vasquez (2001) mencionan en el Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer Inicial En Adultos Mayores, en la evaluación a 36 adultos mayores donde se les diagnosticó de Deterioro Cognitivo Leve sin demencia, los mismos que fueron controlados durante un ciclo de 6 a 70 meses, 15 de ellos evolucionaron hacia una probable enfermedad de Alzheimer, 11 mejoraron clínicamente con tratamiento farmacológico y los otros 10 pacientes se mantuvieron estables. El diagnóstico prematuro de una demencia es importante para el manejo clínico y para el tratamiento farmacológico.

Mejia, Jaimes, Villa, Ruiz y Gutierrez (2007) en el deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México revelan la relación con factores sociodemográficos y de salud, eligieron sujetos mayores de 65 años que hubieran completado la valoración cognoscitiva, los cuales se clasificaron en dos grupos: con presencia/ausencia de deterioro cognoscitivo, tomando como referencia el punto de corte correspondiente al percentil 10 de la puntuación total en la prueba cognoscitiva aplicada por edad y escolaridad; del total de la población analizada, 7% tuvo deterioro cognoscitivo y 3.3% tuvo deterioro cognoscitivo más dependencia funcional; no se encontró asociación entre las variables sociodemográficas y de salud y la probabilidad de deterioro cognoscitivo; sin embargo, la posibilidad de deterioro cognoscitivo más dependencia funcional fue mayor en las mujeres, acrecentó con la edad, fue pequeño en los sujetos casados y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardíaca y depresión.

Gómez, Bonnin, Gómez de Molina, Yanez y Gonzalez (2003) en la caracterización clínica de pacientes con Deterioro Cognitivo realizaron un estudio descriptivo prospectivo a 286 personas mayores de 65 años de edad en Cuba, se halló una periodicidad de deterioro cognitivo de 9,4%, en un grupo etareo de 85 a 89 años (33,3%), fue más frecuente en el sexo femenino (70,3%) y predominó en el nivel primario de escolaridad de (66,6%), el hábito de fumar (29,6%) y la hipertensión arterial (25,9%); la memoria fue la función cognitiva más afectada (63,0%).

Moreno (2011) en el deterioro cognitivo en pacientes con cáncer de colon en Madrid, relatan un declive del funcionamiento cognitivo en la capacidad de planificar, organizar y ejecutar respuestas (función ejecutiva), en memoria, en la habilidad de ejecutar con destrezas una tarea que implica movimiento motor (habilidad psicomotora), se realizó el estudio a 72 personas 52,2% hombres, media de 67 años de edad, 78,9% estado civil casado, con hijos un 83,8%, el 39,4% con estudios primarios y actualmente jubilado 52,1%, padecen cáncer de colon en estadio III un 60%. En la función ejecutiva se ve la presencia de deterioro en la memoria verbal la misma que se

incrementa en el pos- tratamiento, se puede decir que la aplicación de quimioterapia afecta a esta área cognitiva; en habilidad psicomotora los datos indican la existencia de deterioro cognitivo previo que se mantiene en el pos-tratamiento.

Custodio,et.al (2012) en el Deterioro Cognitivo Leve: ¿Dónde Termina El Envejecimiento Normal y Empieza la Demencia? deliberan que la prevalencia de demencias en el mundo son de especial cuidado y atención, el deterioro cognitivo leve (DCL) podría ser considerado un estadio precoz de demencia, en especial de la enfermedad de Alzheimer (EA), por lo que consideran importante un diagnóstico honesto para el envejecimiento normal y patológico, se ha argumentado el aumento de DCL a demencia y EA sobre todo en sujetos con DCL del tipo amnésico; la edad, la atrofia del hipocampo en resonancia magnética y la presencia de algunos biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo pueden influir en el anciano. La prevalencia de demencia es de 6,85% en personas mayores de 65 años. La prevalencia de DCL se incrementa con la edad, siendo 10% en individuos de 70 a 79 años y 25% en aquellos con 80 a 89 años.

Un estudio realizado hacia una población afroamericana ha considerado tasas de prevalencia de Deterioro Cognitivo en un 19,2% para los adultos mayores de 65 a 74 años, 27,6% para los de 75 a 84 años y 38% para ancianos de 85 años. (Parks, Decarli, Jacoby y Yonelinas, 2010).

Sanchez , Arevalo, Vallenilla, Quijano y Arabia (2014) en La Memoria Audio-Verbal en Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo Leve , revelan un DCL con una prevalencia de 9,7% en ancianos de 50 años, el objetivo de este estudio fue describir la memoria audio-verbal, en un grupo de 10 adultos mayores con DCL, el porcentaje de la curva de aprendizaje mostró que los adultos mayores con DCL presentan deficiencias en la fase de registro de información, afectando, a su vez, los procesos de almacenamiento y evocación, con aumento de intrusiones.

Guapisaca ,Guerrero y Idrovo (2014) en la Prevalencia del Deterioro Cognitivo y Factores Asociados en Adultos Mayores Jubilados mencionan que realizaron un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte trasversal, la muestra fue probabilística aleatorizada de 715 jubilados, la prevalencia de Deterioro Cognitivo (DC) es de 35,4%, se encontró una asociación con la edad ($p=0.000$), 60-74 años 29%, 75-90 años 49,5%, > 90 años un 10% de DC, vivir en el área urbana($p=0.000$) y el no haber fumado($p=0.02$) constituyen elementos protectores ante la aparición de DC, la diabetes se constituye un factor de riesgo 1.4 veces mayor para desarrollar DC.

Valera,Chávez,Galvez y Méndez (2004) en Las Características del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor hospitalizado, evaluaron a 312 pacientes de 60 años o más donde encontraron deterioro cognitivo moderado-severo con un 22,22% además la asociación significativa con la edad, grado de instrucción (analfabeto), situación socioeconómica, confusión aguda, deprivación sensorial auditiva, inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, depresión establecida y estatus funcional.

Ansiedad

Montório,Nuevo,Losada y Marquéz (2001) en la Prevalencia de Trastornos de Ansiedad y Depresión en 97 personas mayores de 65 años, encontraron una tasa de prevalencia de 14,4% para el conjunto de trastornos emocionales y 11,3% para los trastornos de ansiedad, en los que predomina el trastorno de ansiedad generalizada con una tasa de 7,2%.

Revista Panamericana Salud Pública (2006) en el estudio longitudinal Vinculan la Ansiedad Intensa con el Riesgo de Morir en Adultos Mayores en una población multiétnica, evaluaron a 506 participantes de 75 años, (176 personas caucásicas de origen no hispano, 177 afroamericanos no hispanos y 153 hispanos), donde el 10 y 20% de ancianos presentan síntomas de ansiedad, asociada con el grupo étnico($p=0,0001$), una proporción mayor de caucásicos no hispanos presentaron

ansiedad intensa (puntuación >50); se evidencio una asociación significativa entre ansiedad intensa y el informe de dos o más trastornos de salud (31,8%) los cuales son los trastornos cardiovasculares (3,38%) y cáncer (1,09%).

Marquéz, Montório, Izal y Losada (2006) en la Predicción del Nivel de Ansiedad a partir de la Intensidad Emocional y el Afrontamiento Cognitivo, se estudiaron las diferencias asociadas a la edad en la intensidad emocional y el afrontamiento cognitivo en situaciones amenazantes (vigilancia y distracción) así como la relación con el nivel de ansiedad, tomaron 55 participantes jóvenes y 51 mayores de 60 años, donde se encontraron diferencias asociadas a la edad en las variables analizadas, así como relaciones diferentes entre éstas en los dos grupos de edad, la intensidad emocional, el afrontamiento cognitivo se relaciona más con la ansiedad en el grupo de participantes mayores que en el de los jóvenes.

García, Paredes, Fernández, Legra y Zayas (2013) en su investigación Estado Funcional y Afectivo en la Población Geriátrica en el área de Salud “28 de Septiembre”, se realizó un estudio descriptivo y transversal a 108 ancianos de 60 años y más, prevalecieron las edades de 70-79 años (35,2%), el sexo femenino (60,2%) las que tenían dependencia funcional en la realización de 1 o 2 tareas básicas de la vida diaria; primaron los trastornos afectivos con preponderancia de la depresión y la ansiedad.

Marsiglia (2009) en el Estudio Clínico y Epidemiológico de la Ansiedad y la Depresión en una muestra de 1159 pacientes, observó 88 casos de depresión diagnosticada con una prevalencia de 7,6%. La relación hembra: varón fue 2,1:1 y la edad ($x \pm 1$ DS) 4,06 \pm 15,15 años, 6,2 años mayor que en la población total. La enfermedad más frecuente en los adultos mayores (37,5% de los casos de depresión vs 28,3% de ancianos en la muestra). En $\frac{1}{4}$ de los casos se diagnosticó desorden afectivo primario y en los $\frac{3}{4}$ restantes de casos se diagnosticó desorden adaptativo a factores de estrés psicológico y depresión secundaria a otras enfermedades médicas, la ansiedad estuvo presente en 160 casos, tuvo prevalencia de 13,8%. La relación hembra: varón fue 2,4:1

y la edad ($x \pm 1DS$) $46,77 \pm 16,25$ años, sin diferencia con el promedio de edad de la muestra y 7,3 años menor que en los casos de depresión. El 16,15% de los casos de ansiedad fueron adultos mayores, porcentaje significativamente menor al de los ancianos de la muestra (28,30%). En el 36,25% de los casos, la ansiedad fue manifestación de enfermedad psiquiátrica primaria, especialmente el trastorno de pánico y trastorno afectivo primario. En el 63,75% restante se diagnosticó desorden de ansiedad generalizada.

Lépine, Gaspar, Mendlewicz y Tylee (2007) señalan en el estudio Research in European Society una prevalencia de depresión mayor del 5,4% en pacientes con edades comprendidas entre los 65 a 74 años y del 9,7% en mayores de 75 años; incrementándose al 20 % en individuos institucionalizados y en coexistencia con enfermedades cardiovasculares, tumores.

Perez y Arcia (2008) en el Comportamiento de los Factores Biosociales en la Depresión del Adulto Mayor, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en ancianos de 60 años y más, se diagnosticó un total de 149 adultos mayores deprimidos, a los cuales se les aplicó una encuesta de valoración biosocial, se constató que la depresión prevaleció en ancianos de 60 a 69 años del sexo femenino, jubilados, viudos y con un bajo nivel de escolaridad, un 82,6% depresión con otras enfermedades predominando los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias desde el punto de vista psicopatológico, el 90,6% designó como responsables de su depresión acontecimientos vitales que significan pérdida para los adultos mayores.

Núñez (2014) en la investigación para determinar el Impacto de la Depresión y la Ansiedad en el Bienestar del Adulto Mayor en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela, se ejecutó un estudio descriptivo, transversal con trabajo de campo los participantes de este estudio fueron de edades comprendidas de 65 a 75 años con nivel de educación primaria, se diagnosticó depresión con (66,67%) Ansiedad con (56,66%)

y el resultado del nivel de bienestar, determinado en la escala de Ryff se presentó bajo un (52,22%) de la muestra.

Cardona, Segura, Segura y Osley (2015) en los Efectos Contextuales Asociados a la Variabilidad del Riesgo de Depresión en Adultos Mayores, realizaron un estudio descriptivo multinivel de origen secundario con 4060 adultos mayores en el que se valoraron peculiaridades demográficas sociales y funcionales, la prevalencia del riesgo de depresión fue de 29,5% y se encontró asociación con la edad mayor de 75 años de sexo femenino, la residencia en zona rural y la condición de viudez; capacidad funcional moderada y alto riesgo de desnutrición, también se encontró asociación entre el municipio y la manzana (zonas geográficas) de residencia, contribuirán el 10% de la variabilidad total del riesgo de depresión.

Acosta y Garcia (2007) en la investigación Ansiedad y Depresión en Adultos Mayores se consideraron a 82 sujetos jubilados y pensionados, se halló que 34 ancianos (42%) mostraban indicadores de depresión, mientras que 47 (58%) no; con respecto a la ansiedad, 26(32%) con un nivel leve, 14(17%) con un nivel moderado y 2(3%) con un nivel severo de ansiedad, los resultados indican la presencia de estos problemas clínicos en los participantes, no se identificó relación de estos con el sexo y estado civil.

Silva (2014) en la investigación Depresión en Adultos Mayores y su Efecto en el Estado Nutricional en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, señalaron que el 85,5% tuvieron desnutrición asociada a la depresión; por lo tanto los niveles de depresión tienen relación directamente proporcional con el estado nutricional.

Ching (2012) indicó que los médicos a menudo no detectan los casos de depresión, alrededor del 8% de los sujetos se identifican con depresión mayor, pero sólo el 11% de ellos fueron diagnosticados con desórdenes del humor. Incluso si son reconocidos y diagnosticados, la tasa de prescripción de antidepresivos es baja, con solo alrededor del 7% de los enfermos de depresión siendo prescritos con antidepresivos.

Gallardo y Sanchez (2014) en la Participación Religiosa y Depresión en Personas Mayores de la Región de Arica y Parinacota, realizaron un estudio trasversal con una n=493 de personas mayores, encontraron que solo la composición de creencia y práctica religiosa se relaciona con la menor incidencia de síntomas de depresión, también la permanencia a una religión de alto coste o iglesias estrictas no constituye un factor de amparo frente a los síntomas de depresión si se compara con los adultos mayores no religiosos.

Peña, Herazo y Calvo (2009) en el estudio Depresión en Ancianos señalan que dentro de los factores de riesgo como los trastornos de sueño, discapacidad, episodio depresivo, género femenino demencia y estados médicos graves, los adultos mayores muestran una disminución en el ánimo triste, más ansiedad y quejas somáticas que los jóvenes con la misma patología. La selección del tratamiento farmacológico requiere la personalización del paciente, la consideración de sus condiciones médicas asociadas y una cuidadosa valoración del perfil de cada anciano.

Se presenta la evaluación de una intervención cognitivo-conductual breve encaminada a un grupo de ancianos con el objetivo de disminuir su sintomatología ansiosa y depresiva. El tratamiento duró un mes (dos sesiones semanales de dos horas cada una). Intervinieron 38 adultos mayores diagnosticados con depresión leve/ moderada y sintomatología ansiosa, los cuales fueron estipulados aleatoriamente a los grupos experimental y control. Las principales técnicas utilizadas fueron relajación progresiva, reestructuración cognitiva y psi-coeducación. Para la observación de resultados se utilizó un diseño experimental multivariado de comparación de dos grupos, con cálculos pre, durante, post y seguimiento a las dos semanas y al mes de finalizada la intervención. Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control en todas las mediciones de tratamiento y seguimiento de las variables estudiadas. (Calvo, 2002).

2.2.- BASE TEÓRICA

2.2.1.- ENVEJECIMIENTO

Organización Mundial de la Salud (2013) menciona que el envejecimiento es un transcurso continuo, universal e irreversible que constituye una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación, en los adultos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas prevalecen normales en un estado basal, pero al ser expuestos a estrés se revela la pérdida severa funcional.

2.2.1.1.-CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO

Según Bertrand 1840 (citado en Duran ,2013, p 25), el envejecimiento es:

- *Universal*: Período propio de todos los seres vivientes.
- *Irreversible*: No puede estancarse ni restituirse.
- *Heterogéneo e individual*: Cada especie tiene una rapidez particular de envejecimiento, pero la velocidad de degeneración funcional varía enormemente de persona a persona, y de órgano a órgano dentro del mismo individuo.
- *Deletéreo*: Lleva a una gradual pérdida de la funcionalidad. Se diferencia del transcurso de crecimiento y desarrollo en que el propósito de estos es alcanzar una madurez en la función.
- *Intrínseco*: No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha prestado atención a un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero la máxima sobrevivencia del ser humano se manifiesta alrededor de los 118 años. Considerando que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han reformado los factores ambientales, la curva de sobrevivencia se ha hecho más rectangular. Se observa que una proporción de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años.

2.2.1.1.1.-CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

López (2005) indica que la principal labor de los ancianos es comprender y aceptar su propia vida y hacer uso de su experiencia para aceptar los cambios psicológicos y pérdidas.

Las motivaciones de los ancianos pueden reformarse, de esta manera se presenta al Último Estadio de Erikson “Integridad versus desesperación” establece la culminación triunfante de las siete crisis previas en el desarrollo a lo largo de la vida, por lo que pudo haber sido o por lo que debería haberse hecho en forma distinta. Involucra la aceptación de los propios progenitores como personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciendose merecedores de nuestro amor, aun cuando no fueron perfectos. También se refiere a la cercanía con la muerte como un término inevitable de la vida. Quien ha fallado en tratar de resolver la crisis “teme desesperadamente a la muerte expresado en el sentimiento de que el tiempo es ahora corto para volver a comenzar otra vida y buscar nuevos caminos alternativos hacia la integridad” (Erikson,1983) .

Papalia (1996) cita dos teorías importantes para el adulto mayor:

Teoría de la Actividad: cuando más activa permenezca una persona mayor, más satisfactoria será su vejez y los principales papeles que influyen en su satisfacción son: el conyuge, el ser padre o el ser madre, el trabajo, por otro lado la mayor pérdida que experimentan es: la enfermedad y la viudez

Teoría de la Desvinculación: La senectud se caracteriza por una mutua separación, la misma que voluntariamente disminuye sus compromisos y actividades, que ayudaría a las personas mayores a mantener su armonía, siendo benéfico tanto para la persona como para la sociedad.

Al hablar de sexualidad del adulto mayor contiene todas las formas de expresión, desde la aproximación, la intimidad emocional, el tacto, la masturbación o estimulación erótica manual u oral y no solamente el acto sexual en sí. La intimidad

con la pareja conveniente permite que la creatividad, la exploración y la práctica vayan de la mano hacia un ejercicio sexual óptimo. (Monroy, 1987).

Biológicamente, en la mayoría de los hombres se reduce la producción de espermatozoides, el tamaño testicular, la fuerza de las contracciones y el fluido seminal, la respuesta de excitación es mas lenta, a veces la erección es menos estable, la duración del orgasmo disminuye. En la mayoría de las mujeres geriátricas se produce una respuesta lenta a la estimulación, una reducción en la lubricación que puede ocasionar un coito doloroso, existe menor intensidad en el orgasmo , pero coexiste la capacidad multiorgasmica. (Monroy, 1987)

2.2.1.1.2.-CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES

Recordemos que la sociedad actual: es altamente pedante o utilitaria, competitiva, masificada, de relativismo en cuanto a valores, precipitada, en donde predomina la familia nuclear, que ha prolongado la edad cronológica y en la que aún existen signos de solidaridad y sensibilidad (Ursula,1980).

A continuación se describen algunas características psicosociales que acompañan al adulto mayor.

Maslow (1991) en su piramide de necesidades, relata la autorrealización que consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales. Autoestima consiste en las cualidades del individuo que éste mantiene hacia sí mismo. Cuando estas son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima.

Un buen nivel de autoestima es garantia de que la persona podra hacer frente dignamente a contrariedades de la vida y no decaera su animo facimente (Frankl, 1999).

Pérdida de la autoestima: La mayoría de adultos mayores llegan a la jubilación y aun se sienten en plenitud para la realización de sus labores. Continuamente encontramos

personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. Muchos hombres y mujeres, literarios, políticos, escritores, científicos, hombres de campo, investigadores, mujeres de casa, etc. Aunque ven reducidas sus potencialidades físicas al llegar a los 65-70 años sienten, sin embargo, que su mente esta lúcida y sus ganas de hacer buenas cosas permanecen inalteradas.

A pesar de que ellos se ven bien, las políticas de gobierno, la sociedad les dice por medio de la jubilación y otros signos, que ya deben dejar el puesto a gente joven y nueva y que deben retirarse. Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse, querido, reconocido, acogido, capaz, digno y querido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos en los que se basa la autoestima (Bonnet, 1999).

La autoestima, implantada en el sistema actitudinal de la personalidad es un todo muy complejo. Todo el valor afectivo-emotivo que ella encierra no se limita a solo afectos anímicos sino que proyecta sus múltiples consecuencias también hacia lo físico, como hacia lo somático. Las nuevas investigaciones indican que las emociones positivas y negativas influyen en la salud más de lo que se suponía hace algunos años y que si no tenemos un desarrollo óptimo afectivo no se desarrolla la inteligencia. (Goleman, 1997).

El ser humano actúa y toma decisiones no solo por su intelecto sino por la calidad e intensidad de los sentimientos que le embargan en ese momento (pérdida del trabajo, compañeros que ya no frecuente, perdida de amigos y seres queridos que van muriendo, perdida de estatus, etc.) Los parámetros y valores culturales actuales favorecen poco la autoestima del Adulto Mayor. (Goleman, 1997).

2.2.1.2.-TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Escuela de Medicina, 2006 (citado en Duran, 2013, p 25) se han trazado diversas teorías para explicar el proceso de envejecimiento, las dividió en 2 grandes grupos: las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (teorías estocásticas), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (teorías no estocásticas).

2.2.1.2.1. TEORÍAS ESTOCÁSTICAS

Hace referencia al envejecimiento como consecuencia de variaciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo. Dentro de estas encontramos las siguientes:

- **Teoría del error catastrófico:** Orgel 1963, (citado en Duran, 2013, p 25), esta teoría plantea que con el paso del tiempo se producirá una acumulación de errores en la síntesis proteica, que el último término decretaría daño en la función celular, se producen errores en los procesos de transcripción y traslación durante la síntesis de proteína, pero sin embargo no existe pruebas científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo (contraria a esta teoría esta la observación de que no cambia el proceso de los aminoácidos en las proteínas de animales viejos respecto de los jóvenes, no aumenta la cantidad de RNA defectuoso con la edad).
- **Teoría del entrecruzamiento:** en esta teoría ocurrirían entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad, se sabe que el proceso de “cataratas” por ejemplo es secundario a que las proteínas del cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo

que lleva a opacificación progresiva de este, además, se ha observado entrecruzamiento de fibras de colágeno entre ellas Catele y Nouy, 1975 (citado en Duran, 2013, p 25-26).

- **Teoría del desgaste:** esta teoría señala que cada organismo estaría compuesto de partes indispensables que con el pasar de los años llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo, la capacidad de reparación de ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies, diferentes investigaciones de animales no han verificado una declinación en esta capacidad del ADN en los animales que envejecen, faltan aún más estudios para saber si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento según plantea Fischer 1975 (citado por Duran, 2013,p 26)
- **Teoría de los radicales libres** (envejecimiento como producto del metabolismo oxidativo). Denham y Harman 1956, (citado en Duran, 2013, p 26) proponen que el envejecimiento sería la consecuencia de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres, alude que vivimos en una atmósfera oxigenada, y por lo tanto oxidante, el oxígeno ambiental estimula el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales), como la utilización y manejo del O₂ no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido, los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas, se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. La lipofuscina llamada también “pigmento del envejecimiento”, corresponde a la acumulación de organelos oxidados, se ha encontrado una buena correlación entre los niveles celulares de superóxido dismutasa (enzima de acción antioxidante) y la longevidad de diferentes primates. Otras investigaciones en ratas sometidas a restricción calórica han

mostrado un aumento en la longevidad de estas, lo que se cree es debido a una menor producción de radicales libres, sin embargo no hay estudios que hayan demostrado que animales sometidos a dietas ricas en antioxidantes logren aumentar su sobrevivencia, es importante mencionar el papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, enfermedad de Alzheimer , cáncer, cataratas y otras. Hernan, 1956, (citado en Duran, 2013, p 27).

Según la evidencia con la que contamos hasta el momento, si logramos disminuir la generación de radicales libres o neutralizamos su daño, lograríamos reducir estas enfermedades, entonces, seríamos capaces de prevenir una muerte prematura por estas patologías, lo que no es claro, es si logramos reducir el daño por los radicales libres, lograremos aumentar la longevidad. Hernán, 1956, (citado en Duran, 2013, p 27).

2.2.1.2.2.-TEORÍAS NO ESTOCÁSTICAS

Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación las mismas que correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma, hasta el momento no existe evidencia en el ser humano de la existencia de un gen único que establezca el envejecimiento, pero a partir de la progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento. Brunet, 1970, (citado por Duran, 2013, p 27)

Dentro de esta teoría encontramos las siguientes:

- **Teoría del marcapasos:** los sistemas inmune y neuroendocrino serían “marcadores” intrínsecos del envejecimiento, su involución está genéticamente

determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida, el timo jugaría un papel fundamental en el envejecimiento ya que al modificarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta entre otros, la frecuencia de cánceres Burnet, 1970, (citado por Duran, 2013, p 27).

- **Teoría genética:** el factor genético es significativo y determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados.

CEPAL, 2004 nos presenta las evidencias del control genético de la longevidad:

- ✓ Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal.
- ✓ Existe mejor correlación en la supervivencia entre gemelos monocigotos, que entre hermanos.
- ✓ La supervivencia de los padres se correlaciona con la de sus hijos.
- ✓ La relación peso cerebral/ peso corporal por metabolismo basal por temperatura corporal, mantiene una relación lineal con la longevidad en los vertebrados.
- ✓ En los síndromes de envejecimiento prematuro los niños mueren de enfermedades relacionadas al envejecimiento, hay una modificación genética autosómica hereditaria.

En el proceso celular, es conocido el fenómeno de la Apoptosis, o muerte celular programada, como en el caso de las neuronas, que es también una de las características del envejecimiento según Burnet, 1970, (citado por Duran, 2013, p 28).

Además, en el ser humano, las células de piel, fibroblastos obtenidos de recién nacidos se pueden dividir 60 veces, células de adultos viejos se dividen 45 veces, y las células de sujetos con Síndrome de Werner se dividen 30 veces solamente. Hasta la fecha se conocen 4 grupos de genes en los cromosomas 1 y 4, que dan información sobre cese de la división celular (genes inhibidores). Se sabe también que existen oncogenes

estimuladores del crecimiento, los cuales al activarse determinan división celular infinita, lo que resulta en una célula inmortal (cancerosa) según Burnet, 1970, (citado por Duran, 2013, p 28)

En conclusión, existe fuerte evidencia de un control genético del proceso de envejecimiento, tanto a nivel celular como del organismo en su totalidad.

Faltan más estudios que analicen la correlación entre este control genético y los factores ambientales. Entonces, ¿por qué envejecemos?: No existe una teoría sobre envejecimiento que pueda explicarlo todo, probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos y extrínsecos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo, y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte según Burnet, 1970, (citado por Duran, 2013, p 28).

2.2.1.3.-FISIOLOGÍA DE LA TERCERA EDAD

El envejecimiento no es igual de un individuo a otro ni de órgano a órgano. La persona envejece en función de cómo haya vivido: si la vida ha sido creativa, sociable, autónoma, el adulto mayor mantendrá estas características. Biológicamente, el inicio de la vejez puede coincidir con el término del crecimiento, después del cual sigue la edad adulta, la madurez y finalmente la senescencia, que no es un término descriptivo, sino una forma del idioma de expresar lo que ocurre con el paso de los años. Socialmente coincide con la jubilación D'Fontanel, 1757, (citado por Duran, 2013, p 29).

La geriatría no solo estudia las enfermedades relacionadas con el envejecimiento, sino que también estudia las enfermedades crónicas. Por lo tanto, podemos hablar de un envejecimiento natural que no es patológico, pero que es de alto peligro, y de un envejecimiento exitoso, que es de bajo peligro y alta funcionalidad. La baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad secundaria, elevan la capacidad

cognitiva y funcional y el enfrentamiento activo de la vida. Osuna & Riadó 2005 , (citado por Duran,2013, p 29)

Brizzolara (2001) alude que en el adulto mayor disminuye el número de células y agua corporal total baja del 61% a 53%, hay un aumento en el tejido graso.

2.2.1.3.1 PIEL

Isach y Izquierdo (2002) mencionan que uno de los signos más evidentes del paso de los años, es la modificación que se produce en la cara. Surgen las arrugas y pecas, las mejillas se hundien. Aparecen en el cabello canas y calvicie, se produce una pérdida gradual de folículo piloso en el cuero cabelludo región axilar y pubiana. Paradójicamente se estimula en las mujeres la aparición de vello facial (hipertricosis), disminuye la sudoración con aumento de la sequedad cutánea y menor adaptabilidad a los cambios atmosféricos, en especial al frío.

2.2.1.3.2.-ALTERACIONES EN LA VISTA

Los ojos tienden a hundirse por disminución de la grasa orbitaria. Aparece el arco senil, de coloración grisáceo causado por el acumulo de lípidos. Debido a la pérdida de elasticidad del cristalino se produce la “presbicia” o reducción de la capacidad para enfocar objetos cercanos. (Isach y Izquierdo, 2002).

2.2.1.3.3.-OÍDO

Con la vejez el oído interno y el nervio auditivo soportan un proceso de generación con pérdida de la capacidad auditiva para altas frecuencias (presbiacusia). También hay un engrosamiento del tímpano y aumento de cerumen, por lo que es más frecuente la formación de tapones. (Isach y Izquierdo,2002).

2.2.1.3.4.-BOCA

Las glándulas salivales se reducen, se producen menos saliva y cambia sus cualidades, por lo que la boca tiende a secarse, se reduce el gusto y el reflejo nauseoso se enlentece aumentando las posibilidades de atragantamiento. Las encías se adelgazan y disminuye su superficie (dificultad para soportar la presión de una prótesis dental). Los dientes tienden a separarse y oscurecerse (perdida de esmalte y depósitos minerales). (Isach y Izquierdo, 2002).

2.2.1.3.5.-NARIZ

Con frecuencia aumenta el tamaño, disminuye la capacidad olfatoria. (Isach y Izquierdo, 2002).

2.2.1.3.6.-VARIACIÓN DEL PESO

Según Isach y Izquierdo (2002)

- ✓ Menor masa muscular 30%
- ✓ Menor agua corporal 50%
- ✓ Mayor grasa 30%.

2.2.1.3.7.-VARIACIÓN EN ESTATURA

Según Isach y Izquierdo (2002)

- ✓ 5 cm hombre y 3cm en mujer
- ✓ Menor altura discos vertebrales

2.2.1.3.8.-CAMBIOS EN LOS ÓRGANOS

La textura de algunos órganos como el hígado, el bazo y el páncreas puede ir disminuyendo a través de los años. La función renal también presenta una disminución constante. (Isach y Izquierdo, 2002).

2.2.1.3.9.-CAMBIOS FARMACODINÁMICOS

Los receptores de dopamina, acetilcolina, el número de células colinérgicas, el sistema adrenérgico y el sistema GABA disminuyen en su funcionamiento, se limita la capacidad psicomotora en respuesta a las benzodiazepinas.

El pH gástrico aumenta; se retarda el vaciamiento gástrico, sobre todo para lípidos, existe disminución del flujo esplácnico y del flujo hepático (Brizzolara, 2001).

2.2.1.3.10.-CAMBIOS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Se origina una reducción de neuronas en áreas grises, cierta atrofia de la sustancia blanca y un aumento del volumen del líquido cefalorraquídeo. Existe alteración de la circulación cerebral lo que conlleva a alteraciones en la inteligencia cristalizada y la inteligencia fluida, se altera en general la rapidez de respuesta a un determinado estímulo, el procesamiento de la información es un poco más lento, pero no se altera tanto la calidad final de la respuesta. (Brizzolara, 2001)

2.2.1.3.11.-SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

Se produce una pérdida general de masa ósea (osteopenia) sobre todo en la mujer a partir de la menopausia como consecuencia los huesos son más frágiles y hay más predisposición a las fracturas. El acunamiento de las vertebrae contribuye a la postura encorvada del adulto mayor. Existe reducción en la movilidad de las articulaciones.

Pérdida progresiva de masa muscular y endurecimiento de tendones que soportan la disminución de la fuerza del tono y la velocidad de contracción, por lo que los movimientos son más lentos y la capacidad de reacción disminuye. La marcha se altera debido a un aumento de base de sustentación y disminución del braceo (Brizzolara, 2001).

2.2.1.3.12.-APARATO RESPIRATORIO

La disminución de la función pulmonar altera la capacidad de defensa del pulmón, por lo que se hace más vulnerable. En la cavidad torácica el movimiento disminuye con limitación de la expansión inspiratoria, debido a la debilidad muscular, al encorvamiento progresivo, a los cambios articulares y la calcificación de los cartílagos costales. Por otro lado, la disminución y enlentecimiento de los cilios, el aumento de tamaño de las glándulas mucosas bronquiales y la modificación del reflejo de la tos, reducen el intercambio de aire, que permanece acumulado en el pulmón, aumentan las secreciones y disminuye la expectoración. El volumen del flujo respiratorio aumenta. (Brizzolara, 2001).

2.2.1.3.13.-APARATO DIGESTIVO

Se producen una serie de cambios anatómicos y funcionales. Tanto en el tracto gastrointestinal como en el hígado, vías biliares y páncreas. En general el tránsito de los alimentos se enlentece con menos absorción de sustancias y tendencia al estreñimiento. El hígado disminuye su tamaño a partir de los 50 años de edad. El flujo sanguíneo se reduce y se altera el metabolismo hepático de muchas sustancias, entre ellas los fármacos (pueden aumentar sus niveles y el tiempo de permanencia en el organismo), (Brizzolara, 2001).

2.2.2.- DETERIORO

Copyright (2008) describe al deterioro del latín, y más precisamente del verbo *deteriorare*, que puede traducirse como “desgaste o empeorar”.

Deterioro es la acción y efecto de deteriorar o deteriorarse (empeorar, estropear, degenerar o poner en inferior condición algo). El deterioro está asociado al declive y puede referirse a las personas, las cosas o hasta entidades abstractas.

En el caso de los seres vivos, el deterioro suele mencionarse como una derivación del paso del tiempo, de un accidente o de una enfermedad. Existe alguna condición que lleva a la persona a empeorar su salud, condición física o capacidad mental.

2.2.3.- DETERIORO COGNITIVO

Méndez & Cummings 2003, (citado en Paucar, 2014,p 26,27) la función cognitiva de un sujeto es el resultado del funcionamiento integral de diferentes áreas intelectuales, el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas está se ve afectada sobre todo en la vejez. El deterioro de las funciones cognitivas es conocido como envejecimiento normal puesto que va de la mano con la edad, mientras que la patológica se da por el estilo de vida u accidentes que provocan una disminución en el funcionamiento de las áreas cognitivas. El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el anciano y condiciona situaciones de grave incapacidad lo cual ocasiona una serie problemática socio asistencial.

Calvo (2002) cuenta que los anticipos científicos y tecnológicos han permitido la extensión de la vida y en muchos casos el disfrute de las personas adultas mayores de la última etapa de sus vidas. Pero así como la vejez no es un fenómeno homogéneo, la calidad de vida de los ancianos y su bienestar varían como resultado de esa diversidad. La edad es uno de los factores que condiciona la dependencia, influyendo de manera decisiva el aislamiento, la pobreza, la invalidez y el medio adverso.

2.2.4.-ANSIEDAD

Guía Práctica Clínica (2006) define a la ansiedad (del latín *anxietas*, angustia, aflicción) como una anticipación de un daño, que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Se trata de un signo de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite al sujeto que adopte la medida necesaria para enfrentarse a una amenaza.

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas circunstancias y constituye una respuesta habitual a diferentes condiciones cotidianas estresantes, por lo tanto, cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Únicamente cuando excede cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se transforma en patología, provocando malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales. (Guía Práctica Clínica, 2006)

Varias enfermedades médicas pueden producir síntomas de ansiedad. Para aclarar si estos son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, se evalúan los datos de la historia clínica, la exploración física, las pruebas de laboratorio y los estudios complementarios, necesarios en función de la sintomatología que presente el paciente. (Guía Práctica Clínica, 2006).

Vindel (2015) alude que en la actualidad la Ansiedad ocasiona cambios tanto en componentes cognitivos y componentes somáticos. En el siguiente estudio se afirma que las personas ancianas, a menudo, prestan más atención a los síntomas somáticos, reduciendo los aspectos cognitivos. Debido a que los adultos mayores sufren enfermedades médicas en mayor porcentaje que los jóvenes, su pronunciación en los síntomas somáticos puede causar conflictos en el diagnóstico diferencial de dichos trastornos de ansiedad, sobre todo en los centros de atención primaria.

Dentro de los términos rasgo y emoción encontramos a la ansiedad, para entender la relación entre estas dos vertientes, a partir la psicología de la personalidad, ha nacido el modelo rasgo-estado. Una característica principal de personalidad es una forma de reacción ante la ansiedad, con firmeza de la situación, el estado de ansiedad es un concepto que se describe a un entorno y un período. Tratándose de un estado emocional temporal y fluctuante, el mismo que se encuentra determinado por condiciones ambientales. Entre los conceptos rasgo y estado no existe relación, debido a que las personas con mayor rasgo ansioso están más inclinadas al progreso de estados de ansiedad, al interactuar con los estímulos ansiógenos del entorno Cattell, y Scheier, 196, (citado por Vindel, 2015,p 3).

Existen distintos modelos de rasgo y estado que han tratado de expresar los desacuerdos interindividuales en las manifestaciones de ansiedad. Cabe indicar que existen diferencias entre los modelos de corte fisiológico y los psicológicos. Las teorías fisiológicas facilitan una representación unidimensional del rasgo y tienen una escasa validez experimental. Las teorías psicológicas facilitan explicaciones más confusas y multidimensionales, conservan una mayor ratificación empírica y, a lo largo de su desarrollo, han ido otorgando gradualmente un mayor peso a los componentes cognitivos en la determinación del rasgo. Cattell, y Scheier, 1961 (citado por Vindel, 2015,p 4).

Las diferencias en el rasgo de ansiedad están afectados por componentes hereditarios esto se encuentra considerado por teorías fisiológicas. Los individuos que poseen un alto rasgo ansioso estarían genéticamente más sensibles a la información amenazante del hábitat, experimentando con mayor frecuencia estados de ansiedad. En este sentido, Eysenck, 1967, (citado por Vindel, 2015, p 4) planteó el "Visceral Brain", compuesto por hipocampo, cíngulo, amígdala, septum e hipotálamo, como el mecanismo fisiológico comprometido de las diferencias individuales en "neuroticismo".

Para Gray (1982), la ansiedad se activaría mediante un mecanismo de intervención denominado: sistema de inhibición comportamental, manejado por el septo hipocampal. El hipocampo compara la información del input estimular con una esperanza creada concretamente para la situación, con la que el individuo interactúa, liberaría la ansiedad al observar una divergencia entre la situación actual y su interés. Las diferencias del rasgo de ansiedad, estarían inducidas por una mayor activación de este sistema de inhibición conductual ante los estímulos aversivos o que son considerados como innovadores.

En dicha investigación se ha podido comprobar experimentalmente que la participación de los factores genéticos en la determinación del rasgo de ansiedad es, muy moderada a partir de las investigaciones llevadas a cabo con gemelos homocigóticos y dicigóticos. Las teorías fisiológicas proporcionan una perspectiva unidimensional del rasgo, altamente simplificada y no estudian los factores medioambientales, que poseen un peso significativo sobre las discrepancias individuales en ansiedad. (Tongersen, 1983).

Las teorías de corte psicológico, han aportado definiciones más confusas, haciendo un especial empeño en el aprendizaje y la determinación medioambiental. Desde sus inicios, con Cattell, a su posterior desarrollo hacia el modelo interactivo-multidimensional, han tomado progresivamente un mayor valor de los factores cognitivos en la explicación del rasgo ansioso. (Tongersen, 1983)

Spielberger (1966), describía el Estado de Ansiedad como un estado emocional temporal distinguido por una percepción relativa de sentimientos de prejuicio y desconfianza, y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo; las situaciones que existiesen percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, producirían Estados de Ansiedad; el Rasgo de Ansiedad constituiría una tendencia, por parte del individuo, a distinguir las condiciones ambientales como amenazantes y una tendencia a responder, con frecuencia, con fuertes estados de Ansiedad. Para

Spielberger, el mecanismo principal es, la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona a cerca de los estímulos externos como los estresores e internos como los pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas.

En la actualidad los modelos cognitivos de la ansiedad Lazarus, y Folkman, 1986, (citado en Fernández y Vindel, 1995) gozan de general aceptación. La situación es descubierta por el ser humano y es sometida a un causa de evaluación o valoración de las discrepancias que dicha realidad tiene para el individuo. Si el resultado de la valoración es que dicho escenario, se sospeche de cualquier tipo de amenaza para la misma persona, iniciaría una reacción de ansiedad; aunque dicha reacción estará mediada por otros procesos cognitivos de afrontamiento que pretenderán disminuirla.

Los modelos cognitivos más originales del sesgo creen que la ansiedad es como fruto de una serie de sesgos cognitivos o disposiciones en la interpretación de la situación. Cuando esta tendencia o sesgo es muy extremada o equivocada tiende a causar reacciones de ansiedad muy intensas que llegan a ser patológicas (Eysenck, 1967).

Estas teorías cognitivas se han deteriorado con las concepciones multidimensionales del rasgo a partir del modelo interactivo. Endler, y Magnusson 1976 y Endler 1983, (citado por Vindel, 2015,p 9) dicho modelo interactivo del rasgo de personalidad es un modelo multidimensional, existen diferencias individuales de rasgo asociadas a tipos de condiciones. De esta manera surgen diferentes rasgos concretos asociados a tipos de situaciones. Esta nueva concepción se enfrenta o integra al constructo de rasgo general que defendía su unidimensionalidad. La representación interactiva traza que la explicación del comportamiento ansioso no se somete solo al rasgo o al estado, sino que está determinada por una interacción entre las cualidades del individuo y la específica situación ambiental. Los factores cognitivos y motivacionales que sugestionan al individuo a hacer interpretaciones amenazantes a cerca de la situación (rasgo), unidos al conocido psicológico que tienen ciertas características ambientales

que se están originando en este momento (situación), son ambos factores determinantes de la reacción ansiosa (estado).

Endler y Magnusson, (1976) expone su hipótesis de la lógica o mecanismo, por lo cual para que la interacción rasgo por situación de lugar al estado de Ansiedad, debe darse una congruencia entre el rasgo del individuo y el tipo de situación.

En dicho estudio el rasgo se reduciría atendiendo prioritariamente a factores cognitivos como: la predisposición cognitiva a explicar ciertas situaciones como amenazantes, libremente del peligro real, manifestando con intensos estados de ansiedad. Desde la idea multidimensional del rasgo, existirían varios rasgos de ansiedad determinados, cada uno representado por su sesgo cognitivo propio. Por ejemplo las personas con Ansiedad Interpersonal presentarían una tendencia a señalar las situaciones sociales o cualquier suceso que hubiese incluido una evaluación social como amenazante, rompiendo sólo entonces su respuesta emocional ansiosa. De la misma forma, los individuos con alta ansiedad ante circunstancias de la vida cotidiana como situaciones de trabajo, o estudio, “a la hora de dormir” o “por nada en concreto”, tienen un comportamiento muy parecido a los individuos de bajo rasgo, en aquellas situaciones que no sean diarias, al contrario de lo que sucedería en aquellas situaciones que son adecuadas con sus preocupaciones, en las que mostrarían una importante elevación o activación, (Endler y Magnusson, 1976).

El DSM-III-R 1988, (citado por Arcas y Cano,1999 p 2) especificaba el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) atendiendo esencialmente al componente cognitivo de la Ansiedad, como una expectativa delicada hacia una preocupación no realista y excesiva, que se da de forma permanente con una experiencia al menos de seis meses, sobre distintas circunstancias de la vida cotidiana. Este componente cognitivo se identifica por una "hipervigilancia" en la que se pueden ver una serie de síntomas, tales como sentirse sorprendido o al margen de un peligro, aumento de las respuestas de alarma, problema para concentrarse o circunstancias en las que la mente se queda en

blanco, irritabilidad, etc. El TAG también se define por una fuerte sintomatología vegetativa y motora: sensación de ahogo, palpitaciones, mareos, dolor muscular, temblor, fatigabilidad excesiva, etc.

En el DSM- IV 1995, (citado en Arcas y Cano 1999, p 2-5) recalca el componente cognitivo desencadenante del trastorno, añadiendo al primer criterio de ansiedad y preocupación excesivas a cerca de eventos de la vida cotidiana, un segundo criterio de incontrolabilidad de estas preocupaciones, y reduciendo la importancia de los componentes somático y motor en la definición de dicho trastorno al requerir menos síntomas de este tipo para que el TAG pueda ser diagnosticado.

La similitud entre el sesgo cognitivo específico de las personas con alto rasgo de ansiedad ante las situaciones cotidianas y el propio de los pacientes con TAG es cierto. La diferencia radica en que el sujeto con TAG siente una ansiedad patológica casi invariable y elevadísima, ante la gran mayoría de las situaciones con las que interactúa, por mínimas que éstas sean. El individuo con alto rasgo específico de ansiedad ante situaciones usuales, mostrará en general niveles algo más bajos de ansiedad que el sujeto con TAG, demanda la interacción con situaciones ambientales más estrechas, aunque de alta frecuencia, para desencadenar ese intenso estado ansioso, en un entorno libre de la influencia de sus ansiedades, su respuesta emocional, sería muy similar a la de un sujeto con bajo o medio rasgo de ansiedad. DSM IV 1994, (citado por Arcas y Cano, 1999, p 2-5)

Michael W y Eysenck 1992, (citado por Arcas y Cano, 1999 p 2-5) argumenta, que las personas representadas por un alto rasgo de ansiedad padecen una predisposición para desarrollar un Trastorno de Ansiedad Generalizada, según un modelo de diátesis-estrés, los individuos de alto rasgo general de ansiedad tendrían un factor de debilidad latente, activado únicamente bajo ciertas situaciones estresoras, consistente en un determinado sesgo de procesamiento, similar al manifestado en los pacientes con TAG.

Sandín, Belloch, y Ramos 1999, (citado por Arcas y Cano, 1999 p,5) plantean un modelo convincente, acerca de cómo un elevado Rasgo de Ansiedad puede inducir al desarrollo de un futuro Trastorno de Ansiedad, aunque no detallan concretamente referirse a un TAG. Dichos autores solicitan un sesgo cognitivo pre-atencional permanente en una asignación de recursos de procesamiento sobre los estímulos amenazantes, como consecuencia mostrarían un aumento de la activación autonómica. Este sesgo selectivo sobre los estímulos amenazantes, unido a la fuerte activación fisiológica y la negación de determinadas estrategias examinadas para disminuir la información amenazante, produciría un condicionamiento pavloviano de ansiedad hacia dichos estímulos, lo cual facilitaría el futuro desarrollo de trastornos ansiosos.

Sandín, Belloch, y Ramos 1995, (citado por Arcas y Cano, 1999, p 6) mencionan que el aumento de la activación autonómica del organismo y la percepción subjetiva de la misma puede aumentar el Rasgo de Ansiedad y su sesgo cognitivo característico, formando un espiral de incremento de la Ansiedad que contribuye a la aparición de un trastorno psicopatológico. El sesgo cognitivo fundamental del TAG es, compartido en alguna medida por los individuos con alto rasgo ansioso. Desde los modelos del procesamiento de la información, toda una serie de teorías han ayudado a explicar las características de este sesgo.

2.2.4.1.-ANSIEDAD Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

En los años 60 surgieron los primeros modelos cognitivos de la emoción, en los que emprende a suponer que hace falta cierta actividad cognitiva (procesos de atribución de causalidad, o evaluación de las consecuencias de la situación, por ejemplo) para que se desarrolle una reacción emocional. Durante esta década comienza a desarrollarse el enfoque cognitivo de la psicología como un nuevo paradigma. Desde los orígenes de este nuevo paradigma ha tenido un gran desarrollo el enfoque del procesamiento de la información que, por analogía con las computadoras, considera al ser humano como un método que procesa información, con un input, o entrada, una salida, u output, más una

serie de procesos intermedios, principalmente de tipo cognitivo. (Schachter y Singer, 1962).

Las relaciones entre cognición y emoción se han trabajado esencialmente desde 2 perspectivas diferentes: En los modelos cognitivos sobre la emoción se recalca que la emoción surge esencialmente como respuesta de cierta actividad cognitiva. En estos modelos el término cognición (esta actividad cognitiva) se refiere a varios significados: 1. a los procesos cognitivos de evaluación, etiquetado, atribución, interpretación, etc., que el individuo realiza sobre el evento, para dar un significado a la misma; 2. a los contenidos cognitivos y sus representaciones en proposiciones, esquemas, imágenes, etc.; 3. las expectativas, creencias, objetivos, valores, etc., del sujeto (habilidades individuales que pueden influir en el procesamiento cognitivo); 4. Finalmente, también se habla de cogniciones calientes, que vendrían a ser los afectos, los sentimientos subjetivos, etc. (contenidos emocionales subjetivos). En cambio, desde otra perspectiva, en el argumento de los estudios sobre la influencia de la emoción en los procesos cognitivos, el término cognición hace referencia a juicios, memoria, toma de decisiones, razonamiento, etc. (la actividad superior cognitiva). (Schachter, y Singer, 1962)

La dificultad de la investigación sobre las relaciones entre ansiedad y procesamiento de la información es que es necesario enfocarlo desde dos perspectivas: (1) el estudio de la actividad cognitiva que está en el pedestal de la conducta emocional; y (2) el estudio de la influencia de la emoción sobre la actividad superior cognitiva. Se trata de dos campos de exploración bien diferenciados, hasta el punto que, hasta hace poco tiempo, quien había estudiado el inconveniente de las relaciones entre cognición y emoción desde una de las dos perspectivas, había ignorado por lo general la otra. (Schachter y Singer 1962).

Las condiciones son sólo potencialmente ansiógenas porque no siempre originan reacciones de ansiedad. En general desde los modelos cognitivos se considera que lo

que genera la reacción es el significado o la interpretación de la situación que hace el individuo. (Schachter y Singer, 1962).

2.2.5.-TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD

Gelder, Mayou y Geddes ,2005 (citado por Cavarrubias, 2012, p 1) mencionan que el trastorno de ansiedad es un término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de trastorno mental, caracterizado por miedo y ansiedad anormal y patológica. Las condiciones ahora consideradas trastornos de ansiedad llegaron bajo el patrocinio de la psiquiatría hacia el final del siglo XIX. Explican los autores que los trastornos de ansiedad se clasifican en dos grupos: síntomas continuos y síntomas episódicos. Los criterios diagnósticos actuales psiquiátricos reconocen una gran diversidad de trastornos de ansiedad. Estudios recientes, además de haber encontrado que hasta un 18% de la población estadounidense y un 20% de la población española pueden estar afectados por uno o más de estos desórdenes, han hallado que la genética encargada en propiciar la aparición y el desarrollo de estos es la misma que la implicada en los trastornos depresivos y bipolares.

El vocablo ansiedad abarca cuatro aspectos que una persona puede experimentar: aprehensión mental, tensión física, síntomas físicos y ansiedad disociativa. Los trastornos de ansiedad en el DSM-IV se clasifican principalmente en:

1. Trastorno de ansiedad generalizada.
2. Trastorno de pánico (con o sin agorafobia).
3. Trastorno obsesivo-compulsivo.
4. Trastorno por estrés postraumático.
5. Trastorno por estrés agudo.
6. Trastorno de ansiedad social o fobia social.
7. Trastorno fóbico

8. Otros trastornos de ansiedad no especificados o producidos por el consumo de sustancias.

Cada uno tiene sus propias peculiaridades y síntomas y requieren tratamientos diferentes. Las emociones presentes en los trastornos de ansiedad van desde el simple nerviosismo a episodios de terror o pánico. (Kessler, Chiu , Demler , Merikangas y Walters, 2005)

Los trastornos de ansiedad afectan a aproximadamente 40 millones de adultos estadounidenses de 18 años de edad o más (aproximadamente el 18%) cada año, ocasionando miedo e incertidumbre en las personas. A diferencia de la ansiedad respectivamente leve y transitoria causada por un evento estresante (como hablar en público o una primera cita amorosa), los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata. Los trastornos de ansiedad suceden comúnmente junto con otras enfermedades mentales o físicas, incluyendo abuso del consumo de alcohol o sustancias, lo cual puede encubrir los síntomas de la ansiedad o empeorarlos. (Kessler, Chiu , Demler , Merikangas y Walters, 2005)

2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Anciano – Adulto Mayor

Se define adulto mayor al conjunto geriátrico que se describe por el declive funcional de manera integral. Se consideran adultas mayores a las personas que tienen de 65 años.

Ansiedad

La ansiedad viene del latín *anxietas*. Que quiere decir la condición de un individuo que experimenta intranquilidad, conmoción, preocupación nerviosismo. Para la medicina, la ansiedad es una etapa angustiosa que puede surgir junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no da lugar al descanso y relajación del paciente, además es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que abarca: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter desagradable, aspectos fisiológicos determinados

por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos motores que suelen implicar conductas poco ajustadas y escasamente adaptadas.

Deterioro

Proviene del verbo *deteriorare*, que se traduce como “desgaste o empeorar, degenerar, estropear, o poner en inferior condición algo). El deterioro está vinculado al descenso y puede referirse a los sujetos, a cosas o hasta entidades abstractas.

Deterioro Cognitivo

Se considera al desgaste de las funciones mentales superiores, principalmente atención, memoria, y velocidad de procesamiento de la información. En algunas ocasiones es la fase pre- Alzheimer.

Depresión Geriátrica

Caracterizada por la pérdida del interés, baja energía, antipatía, pérdida del sentido de vida, desesperanza en el futuro. Se diferencia de la depresión normal por tener más sintomatología médica. Muchas veces no existe una causa clara u objetiva para esta sintomatología.

Edad Cronológica

Se considera a la edad actual que tiene el sujeto en años desde que nació.

Edad Biológica

Se refiere al envejecimiento de las células que forman parte de un ser vivo y nos muestra la edad real frente a la esperanza de vida.

Expectativa de Vida

Es un pronóstico matemático del número de años de vida que le queda a un individuo en una determinada edad.

Funcionalidad

Hace referencia al nivel de independencia de un anciano, en cuanto a acciones de la vida diaria: se dividen en básicas (higiene personal, alimentación, vestuario) e instrumentales (trasferencia fuera del domicilio, uso del teléfono, cocina, manejo de finanzas).

Geriatría – Gerontología Clínica

Es una parte de la Medicina que se encarga de la prevención, rehabilitación, tratamiento de las enfermedades comunes de los adultos mayores además de su inclusión social en la comunidad.

Geriatría – Básica

Es una ciencia que estudia las causas y mecanismos intrínsecos del proceso de senectud y sus consecuencias en los diferentes órganos y tejidos.

Geriatría – Social

Es una disciplina que estudia las contradicciones y consecuencias sociales de la una población geriátrica.

Longevidad – Máxima Sobrevida

Número teórico del máximo de años que puede subsistir una especie en situaciones ideales; es intrínseca y fija genéticamente; es específica a la misma especie.

Senilidad

Es un estado fisiológico del envejecimiento paulatino que se produce especialmente en los individuos de mayor edad. Se identifica por el agotamiento físico y psíquico general, producto de los cambios histológicos, metabólicos y bioquímicos, que se producen a lo largo de los años. Varía dependiendo el tipo de vida.

Sobrevida

Permanencia de la vida de un sujeto; número de años medidos desde el nacimiento hasta la muerte. Es influenciada por el ambiente y por lo mismo puede ser modificada.

2.4.- SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.4.1.-HIPÓTESIS GENERAL

El Deterioro Cognitivo influye en la Ansiedad de los Adultos Mayores del Programa de Envejecimiento Activo del IESS Ambato.

2.4.2.-H .ESPECIFICAS

- Existe Deterioro Cognitivo moderado en los Adultos Mayores del Programa de Envejecimiento Activo del IESS Ambato.
- Existe Ansiedad grave en los Adultos Mayores del Programa de Envejecimiento Activo del IESS Ambato.
- El género femenino presenta mayores niveles de ansiedad en los Adultos Mayores del Programa de Envejecimiento Activo del IESS Ambato.
- Los factores sociodemográficos afectan a los adultos mayores del Programa de Envejecimiento Activo del IESS Ambato.

2.5.- SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1.-VARIABLE INDEPENDIENTE: Deterioro Cognitivo

| CONCEPTUALIZACIÓN | DIMENSIONES | INDICADORES | ITEMS BASICOS | TÉCNICAS | INSTRUMENTOS | ADMINISTRACION |
|---|---------------------|-------------|--|----------|--------------|--|
| Deterioro Cognitivo es el declive de las funciones cognitivas superiores, en un nivel leve ya sea a las alteraciones fisiológicas del envejecimiento. Rosselli & Jurado (2008) | Normal | 27 o más | ¿En qué país estamos? | Test | Minimental | Adultos Mayores del Programa de envejecimiento del IEES. |
| | Sospecha patológica | 24 o menos | Nombre 3 palabras. Peseta Caballo Manzana | | | |
| | Deterioro | 12-24 | Deletree la palabra MUNDO | | | |
| | Demencia | 9-12 | Preguntar por las tres primeras palabras mencionadas anteriormente | | | |

Tabla 1. Variable Independiente Deterioro Cognitivo

Elaborada por: Guerrón Mayra,

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE: Ansiedad

| CONCEPTUALIZACIÓN | DIMENSIONES | INDICADORES | ITEMS BASICOS | TÉCNICAS | INSTRUMENTOS | ADMINISTRACION |
|--|--|---|---|----------|-------------------------------------|---|
| La Ansiedad es una anticipación de daño, que se acompaña de un sentimiento desagradable. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo, se trata de un signo de alerta que advierte sobre un peligro, permite al individuo que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. (Guía Practica Clinica, 2006) | Ansiedad psíquica Ansiedad somática | Ausente Leve Moderado Grave Muy grave/Incapacitante | <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo Ansioso 2. Tensión 3. Temores 4. Insomnio 5. Intelectual 6. Estado de ánimo deprimido 7. Síntomas somáticos generales(musculares) 8. Síntomas somáticos generales(sensoriales) 9. Síntomas cardiovasculares 10. Síntomas respiratorios 11. Síntomas gastrointestinales 12. Síntomas genitourinarios 13. Síntomas autónomos 14. Comportamiento en la entrevista(general y fisiológico) | Test | Test Escala de Ansiedad de Hamilton | Adultos Mayores del Taller de Música del Programa de envejecimiento del IESS. |

Elaborada por: Guerrón Mayra, 2015

Tabla 2. Variable Dependiente. Ansiedad

CAPÍTULO III

3.- MARCO METODOLÓGICO

3.1.- NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1.-DE CAMPO

El proyecto es una investigación de campo ya que es un estudio sistemático de los hechos en el lugar en que se producen. Interactúa con los Adultos Mayores que asisten al Programa de Envejecimiento Activo del IESS-Ambato. En esta modalidad el investigador toma contacto en forma directa con la realidad para obtener información de acuerdo con los objetivos del proyecto, (Herrera ,Medina y Naranjo, 2005).

3.1.2.-DESCRIPTIVA

El nivel descriptivo de la investigación busca comparar entre dos o más fenómenos o también situaciones, además pretende clasificar en base a los criterios establecidos así como a modelos de comportamiento, también porque puntualiza las causas y consecuencias del problema estudiado, (Herrera ,Medina y Naranjo, 2005).

3.1.3.-BIBLIOGRÁFICA

Esta investigación es bibliográfica demuestra el estado del problema. La compilación, búsqueda, evaluación, organización, crítica e información

bibliográfica sobre un tema determinado, en este modo de investigación debe prevalecer, el estudio, la interpretación, los acuerdos, las conclusiones y recomendaciones del autor o los autores. (Herrera ,Medina y Naranjo, 2005)

3.2.- DISEÑO.

La investigación es documental bibliográfica tiene el propósito de detectar, ampliar y profundizar diferentes enfoques, teorías, conceptualizaciones y criterios de diversos autores sobre el Deterioro Cognitivo y la ansiedad en el Adulto Mayor mediante (fuentes primarias) o en libros, revistas, periódicos y otras publicaciones (fuentes secundarias), (Herrera, Medina y Naranjo, 2005).

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población determinada para el estudio está conformada por 300 Adultos Mayores, del Programa de Envejecimiento Activo del IESS Ambato, por tanto es necesario aplicar formula estadística para extraer la muestra.

| POBLACIÓN | TOTAL |
|-----------------|------------|
| ADULTOS MAYORES | 300 |
| TOTAL | 300 |

Tabla 3.Poblacion o Muestra

Elaborado por: Guerrón Mayra 2015

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N - 1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

n= tamaño de la muestra

N= 300

$\sigma = 0,5$

Z= 1,96

e = 0,05

La muestra es de *167 Adultos mayores* del Programa de Envejecimiento Activo del IESS (Suárez y Tapia ,2011).

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1.-DETERIORO COGNITIVO

Técnica

Test

Instrumento

Test Mini Mental State Exam (MMSE)

V.I: Deterioro Cognitivo

Nombre: Mini Examen del Estado Mental

Nombre Original: Mini Mental State Exam (MMSE)

Autores: Folstein, Folstein, McHugh

Versión: Test Mini Mental State Exam (MMSE)

Adaptación Española: Lobo, A; Saz, P y otros, 2002

Administración: Heteroaplicada

Objetivos: Detección de trastornos cognitivos.

Población: Adultos mayores o personas que se sospechen deterioro cognitivo.

Número de Ítems: 30 preguntas

Descripción: Valúa brevemente el estado mental y permite estar a la mira de la progresión del estado cognitivo, valora las siguientes áreas: orientación en el espacio, en el tiempo, codificación, concentración, atención, lenguaje, recuerdo y construcción visual. (Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 1975).

Criterios de calidad

Fiabilidad: Oscila la consistencia interna del instrumento entre 0.82 – 0.84. Su fiabilidad interjueces es de 0.83 en personas con demencia, de 0.95 en personas con distintos trastornos neurológicos y de 0.84 -0.99 en adultos mayores en régimen de residencia. El nivel de acuerdo interjueces llega al Kappa= 0.97 para 5 evaluadores. La fiabilidad test- retest entre un día y nueve semanas conseguirá índices alcanzados entre 0.75 y 0.94 en personas con demencias: 0.56 en pacientes con delirios: y 0.60-0.74 en pacientes con esquizofrenia. Como era de esperar la fiabilidad decrece con

el paso del tiempo, sobretodo en personas mayores y con trastornos. (Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 1975)

Validez: Se ha identificado correlaciones significativas del MMSE con diferentes medidas de inteligencia, memoria y otros aspectos del funcionamiento cognitivo, en una amplia diversidad de poblaciones, empleando instrumentos tales como la Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos (WAIS), la Escala de Memoria de Weschler, la Escala de Concentración y Memoria (IMC), el Test de Dibujo del Reloj, la Escala de Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer (ADAS- COG), o la Escala de valoración de la Demencia (DRS). Se ha relacionado la prueba con los índices Actividades de la Vida Diaria (ADL), encontrando el principal punto de corte en 23 para este tipo de tareas. El Minimental mantiene buenas correlaciones con otras medidas como la valoración clínica de un experto, la valoración de enfermería, con niveles de insuficiencias, etc. Unos estudios han encontrado correlaciones significativas de la escala con daños biológicos identificados mediante tomografía computarizada resonancia magnética o autopsia. (Lobo y Ezquerra, 1979).

Tiempo de Administración: 5-10 minutos

Normas de Aplicación: La persona que evalúa va solicitando las tares (decir en qué país, provincia, etc) al sujeto y este va respondiendo o realizando las preguntas o tareas solicitadas. (Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 1975).

Correlación e Interpretación:

El test Mini Mental se califica en función del número de aciertos en las pruebas, de tal forma que puntuaciones altas indican un alto funcionamiento cognitivo. En la versión española, la puntuación total oscila entre 0 y 35 (en las internacionales las puntuaciones son sobre 30 y existe una fórmula de corrección de la versión española para las comparaciones internacionales).

Loa datos normativos son los siguientes:

| | |
|----------------------|-------|
| Normal | 27-30 |
| Daño cognitivo medio | 21-26 |

Daño cognitivo moderado 11-20
Daño cognitivo severo 0-10
(Lobo y Ezquerria, 1979).

3.4.2.-ANSIEDAD

Técnicas

Test

Instrumentos

Test Escala de Ansiedad de Hamilton

V. D: Ansiedad

Nombre: Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre Original: Hamilton Anxiety Scale HAS (1959)

Autores: Hamilton

Versión: Escala de Ansiedad de Hamilton

Adaptación Española: Existe una versión española, realizada por Carrobles y Cols en 1986.

Tipo de instrumento: test- Escala

Objetivos: Detección de Ansiedad.

Población: Adultos mayores o personas que se sospeche ansiedad

Número de Ítems: 14

Descripción:

Al inicio, constaba de 15 ítems, pero 4 de ellos se convirtieron en 2, quedando reducida a 13. Consecutivamente, en 1969 fraccionó el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más utilizada en la actualidad. Su objetivo era evaluar el grado de ansiedad en las personas, según el autor, no debe utilizar para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, obsesiones, depresión, demencia, esquizofrenia e histeria). (Hamilton, 1959).

Es una escala heteroaplicada que tiene 14 ítems, 13 que hacen referencia a signos y síntomas ansiosos y el último que evalúa el comportamiento del sujeto durante la entrevista. El autor mencionó para cada ítem una serie de signos y síntomas que servirán de ayuda en su evaluación, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo, (Hamilton, 1959).

Cada ítem se evalúa en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor mayúsculo es 4 como punto de referencia y que escasamente debería alcanzarse en personas no hospitalizados, (Hamilton, 1959).

Solo algunos asuntos hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el sujeto debe ser sondeado sobre su condición en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Se recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las vacilaciones del estado de ánimo del sujeto. (Hamilton, 1969)

Interpretación:

Es uno de los instrumentos más manejados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser utilizada para evaluar la severidad de la ansiedad de forma integral en sujetos que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar el resultado al tratamiento. No diferencia síntomas específicos de un trastorno de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar convenientemente entre sujetos con ansiedad y controles sanos, no se aconseja su uso como herramienta de screening ni de diagnóstico, (Hamilton, 1959).

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, evaluando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La calificación total es la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, dos puntuaciones que pertenecen a ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12 y 13), (Hamilton, 1959).

Con los efectos de la medicación puede variar la intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es recomendable distinguir entre ambos a la hora de evaluar los resultados de la misma. Puede utilizarse sin entrenamiento previo. Es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para impedir en lo posible interpretaciones subjetivas (Hamilton, 1959).

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la ansiedad, resultando útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Se aconseja que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para diferenciar entre estos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Cuando se sospeche de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8,9 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. Se debe valorar las 3 semanas anteriores la primera vez que se evalúa y solamente la última semana cuando se utiliza periódicamente, (Hamilton, 1959).

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para evaluar ansiedad generalizada, preguntando por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto de forma orientativa: 0-5 puntos (no ansiedad), 6-14(ansiedad menor), 15 o más (Ansiedad Mayor).La puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta. (Hamilton, 1959)

Criterios de calidad

Fiabilidad: Muestra una consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado adiestramiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r= 0,74- 0,96$). Tiene excelentes valores test – retest tras un día y tras una semana ($r=0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r=0,64$), (Hamilton, 1959).

Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety By Covi ($r=0,63- 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r=0,56$). Distingue pertinente entre personas con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ($r=0,62 - 0,73$). Es susceptible al cambio tras el tratamiento, (Hamilton, 1969).

3.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El proceso de la información recopilada se realizara en función de los datos obtenidos de los registros y valoraciones de cada uno de los Adultos Mayores que asisten al Programa de Envejecimiento del IESS, en este proyecto de investigación se tomara como muestra de estudio aleatorio a 167 adultos mayores, en edades comprendida desde los 60 años en adelante, los reactivos que se aplicaran serán el Test Minimental para Deterioro Cognitivo y el Test Escala de Ansiedad de Hamilton para la Ansiedad.

El horario en el que se aplicara dichos reactivos son los lunes, miércoles y viernes a las 8:00 am a 9:00am.

Para obtener el numero poblacional, se someterá a la formula estadística chi-cuadrado. Los resultados obtenidos de los reactivos serán tabulados.

CAPÍTULO IV

4.- ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1.- RECURSOS

a) Recursos Institucionales

Universidad Técnica de Ambato

Programa de Envejecimiento Activo del IESS Ambato.

b) Recursos Humanos

Tutor Ps. Cl. Nancy Betancourt

Autora Lic. Mayra Guerron

Trabajadora Social del Programa de Envejecimiento Activo del IESS Ambato.

Eymi Sánchez

c) Recursos Físicos

Internet Biomed - Pgubmed

Textos de Psicología Clínica (Cambios fisiológicos de la Vejez, psicología del Adulto Mayor)

Textos de Psicopatología (Psychotherapy for generalized anxiety disorder, Psychiair Clin)

Manual Diagnostico DSM IV CIE10

Laptop

Lápices

Borradores

Hojas 400 h tamaño A4 papel bond blanco

Copias de los Test

Material de escritorio (grapadoras, clip.)

4.2.-PRESUPUESTO

| RECURSOS TECNOLOGICOS- MATERIALES | COSTOS |
|---|----------------|
| Internet | 60,00 |
| Textos de Psicología Clínica | 250,00 |
| Textos de Psicopatología | 150,00 |
| Manual Diagnostico DSM V CIE10 | 12,00 |
| Laptop | 800,00 |
| Lápices | 5,00 |
| Borradores | 2,00 |
| Hojas 400 h tamaño A4 papel bond blanco | 4,10 |
| Copias de los Test | 5,00 |
| Material de escritorio (grapadoras, clip.) | 10,00 |
| TOTAL | 1238,10 |

Tabla 4. Presupuesto

Elaborado por: Guerrón Mayra, 2015

4.3.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PERIODO abril- septiembre 2015

| N | MESES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
| 1 | Aprobación del tema | | | | | | | | | | |
| 2 | Elaboración del perfil del proyecto | | | | | | | | | | |
| 3 | Desarrollo del marco teórico | | | | | | | | | | |
| 4 | Definición del marco metodológico | | | | | | | | | | |
| 5 | Finalización del proyecto | | | | | | | | | | |

Tabla 5. Cronograma de Actividades

Elaborado por: Guerrón Mayra, 2015

5.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5.1.- BIBLIOGRAFÍA

- (s.f.). Obtenido de Zeigarnik, B. V.: Psicopatología. Ediciones AKAL, 06 de mayo de 1981 - 264 páginas. ISBN 847339545X, 9788473395458
- American Psychiatric Association. (2013). En D. a. statistical, *Manual of mental disorders*. 5 th ed .
- B.V, Z. (1981). Psicopatologia. Ediciones AKAL.
- Bonnet, J.V. (1999). Autoestima y Evangelio . Madrid: Vida Nueva.
- Braga, A. (2006).
- Calvo, D. M. (2002). Cambios Fisiológicos De La Vejez. Primera parte. para la tercera edad. (s.f.). *Vejez y Vida*, 1.
- Ching, Yi-yan. (2012). *Depression of older adults: a literature review of Challenges*. Obtenido de Tesis doctoral Hong Kong.
- Copyright. (2008). *Definicion. de*. Obtenido de <http://definicion.de/percepcion/>
- Donoso, A.,Behrens, M y Venegas,P. (2003). *Deterioro Cognitivo leve: seguimiento de 10 casos*. Obtenido de Rev Chilena Neuro-Psiquiat. 41:117-22.
- Erikson, E. (1983). Infancia y Sociedad . Buenos Aires: Paidos Horder.
- Eysenck, H. J. (1967). Model Cognitive. En *The biological basis of Personality* (págs. 4-6). Springfield III: Thomas.
- Fernández, E y Vindel, A. (1995). Actividad cognitiva. En *Manual de motivación y emoción* (págs. 116-160). Madrid: E.G. Ferández-Abascal .
- Foltein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R y Fanjiang, G. (1975). Mini- Mental State. *Journal of Psychiatric Researches*, 12(1) , 189- 198.
- Frankl, V. (1999). El Hombre en busca de Sentido. Barcelona: Herder.
- Goleman, D. (1997). La Inteligencia Emocional. Buenos Aires: Vergara.
- Gran Coleccion De La Salud. (2004). Modificaciones Psiquicas. En Cfr., *Cambios de la Tercera Edad* (pág. 308). Peru: Plaza Janés.
- Gray, J. A. (1982). The Neuropsychology of Anxiety. En *Perspectives on Anxiety, Panic, & Fear* 43(1) (págs. 42-43). Debra.A.Hope.

- Guía Práctica Clínica. (2006). *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Obtenido de Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud: I+CS N° 2006/OI.
- Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *Br. J. Psychiatry* 3, 76-79.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*, 32, 50-55.
- Henao, E., Aguirre, D., Muñoz, C., Puneda, D y Lopera, F. (2008). *prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve de tipo amnesico en una poblacion colombiana*. Obtenido de Rev Neurol 46:709-13.
- Herrera, L., Medina, A y Naranjo, G. (2005). Tutoria de la Investigacion Cientifica. En G. p. Graduacion. Quito: Diemerino.
- J, H. (2009). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. En Hoyer, *Psychiair Clin* (pág. 32:629:640). North Am.
- Knopmam, D. et. al. (2009). *Association of prior strokr wuth cognitive imparirment*. Obtenido de a population - based study. Arch Neurol, 66(6), p 9.
- Lobo, A. Y Ezquerria, J. (1979). El Mini Examen Cognoscitivo. *Actas Luso- Españolas de Neurologia y Psiquiatria* 3, 189-202.
- Maslow, A. (1991). Motivacion y Personalidad. Madrid: Diaz de Santos.
- Maslow, A. (1991). Motivacion y Personalidad. Madrid: Diaz de Santos.
- Monroy, A. (1987). Principios Basicos de la Terapia Psicosexual. Grijalvo.
- Noelia, R. T. (2003). Rendimiento académico - Aspectos psicológicos - Estudio de casos.
- Papalia, D. (1996). Desarrollo Humano. Madrid: Mc. Grow - Hill.
- Parks, C., Decarli, C., Jacoby, L y Yonelinas, A. (2010). *Aging effects on recollection and familiarity: the role of white matter hyperintensities*. Obtenido de Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn ; 17:422-38.
- Pollack MH, K. G. (2008). The pharmacotherápy of anxiety disors in Stern TA Rosenbaum JF M. En *Comprehensive Clinical Psychiatry* (pág. 41). Massachusetts: Philadelphia.
- Psiquiatria, A. a. (2002). Manual Diagnostico. En DSM-IV-TR. Barcelona: Masson 2002.
- Pueyo, A. (1996- 2001). Manual de Psicología Diferencial. En A. Pueyo, *Manual de Psicología Diferencial*. Madrid : Barcelona 2001.
- Sanchez, S, et.al. (2013). Estado de Salud y Bienestar en adultos mayores. *Investigacion Cientifica*, pp165-173. Obtenido de derechos usuarios del issste r imss 65,(2) pp 165-176.

- Significados*. (s.f.). Obtenido de Definición de psicopatología - Qué es, Significado y Concepto <http://definicion.de/psicopatologia/#ixzz3OpHcqLhv>
- Silva, M. (Junio de 2014). *Universidad Tecnica de Ambato*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/7980>
- Sindr. Hutchinson - Gilford (Progeria)*. (s.f.).
- Smeler, N. T. (1962). Nueva York: Free Press of Glencoe.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. En *Anxiety and Behavior* (págs. 3-20). New York: Academic Press.
- Talor CT, P. M. (2008). panic social anxiety and general anxiety. En *Anxiety Disorders* (pág. 32). Massachusetts: Philadelphia.
- Tongersen. (1983). Genetic factors in anxiety disosrders. *Archives of general psychiatry*, 40, , 1085-1088.
- Ursula, L. (1980). *Psicología de la Senectud*. Barcelona: Herder.
- Varios. (2009). *Psicopatología de Adultos*. En *Psicopatología*. UOC.
- Viñals, T. (2006). *Psicología y Salud*. En T. Viñals, *Una Vision Integradora de los Conflictos Psicologicos*. Barcelona: EDIUOC 2006.

5.2.-LINKOGRAFÍA

- Acosta,C y Garcia R. (24 de julio de 2007). *Ansiedad y depresion en adultos mayores*. Obtenido de Instituto Tecnologico e Sanora, DES Unidad Navojoa, Ramon Corona s/n : <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117214.pdf>
- Albala, et.al. (2007). *Situacion Demografica en Chile*. Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/Demografia.pdf>
- Andalucia. (s.f.). *Juntadeandalucia*. Obtenido de <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/mental2.htm>
- Arcas,S y Cano,A. (Enero de 1999). *Procesos cognitivos en el trastorno de la ansiedad generalizada*. Obtenido de *Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información* 3(1): http://www.robertexto.com/archivo12/procesos_cognit.htm
- Arrieta, M. (febrero de 2014). *Factores De Riesgo Cardiovasculares Modificables En Los Adultos Mayores De La Fundación Mariana De Jesús Del Centro Histórico De Quito En El Periodo Correspondiente A Noviembre 2014*. Obtenido de

- Pontificia Universidad Católica Del Ecuador:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7671/DISERTACI%C3%93N%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bailón, M y Pilligua, J. (28 de Agosto de 2013). *Identificación de los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos. Centro de Atención del Adulto Mayor Santa Elena*. Obtenido de Universidad Estatal Península de Santa Elena: <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1009/1/identificacion%20de%20los%20factores%20de%20riesgos%20de%20los%20grandes%20sindromes%20geriatricos.pdf>
- Baquero, M., Blasco, M., Campos-García, A., Garces, M., Fages, E y Andreu-Catala, M. (03 de noviembre de 2004). *Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve*. Obtenido de Revista de Neurología 38(4): 323-326: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3804/q040323.pdf>
- Brizzolara, A. (01 de Enero de 2001). *Cambios Fisiológicos de la tercera edad*. Obtenido de Medwave: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1110?ver=sindiseno>
- Brizzolara, A. (Enero de 2001). *Cambios fisiológicos de la tercera edad*. Obtenido de MedWave. Revista Biomédica Revisada Por Pares: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1110>
- Cardona, D., Segura, A., Segura, A y Osley, M. (2015). *Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012*. Obtenido de Biomedica 35,(7): <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v35n1/v35n1a10.pdf>
- Carrascal, S y Solera, E.,. (Febrero de 2014). *Creatividad y Desarrollo cognitivo en personas mayores*. Obtenido de Arte, Individuo y Sociedad. 26,(1): http://dx.doi.org/10.5209/rev_ARIS.2014.v26.n1.40100
- Cavarrubias, O. (2012). *Trastornos de la Ansiedad*. Obtenido de Psicoterapia Sanativa.com: <http://psicoterapiasanativa.com/que-es-la-ansiedad/>
- CEPAL. (2004). *población, envejecimiento y desarrollo*. obtenido de trigésimo período de sesiones de la cepal p16: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/7190>
- Cerquera, A. (3 de noviembre de 2007). *Relacion entre los procesos cognitivos y el nivel de depresion en las adultas mayoes institucionalizadas en el asilo San Antonio de*

- Bucaramanga*. Obtenido de *Universitas Psychologica* 7,(1):
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64770120>
- Cognicion*. (s.f.). Obtenido de Definición de cognitivo - Qué es, Significado y Concepto
<http://definicion.de/cognitivo/#ixzz3Op3DH9qy>
- Copyright. (2008). *Definicion. de*. Obtenido de <http://definicion.de/percepcion/>
- Custodio,N.,Herrera,E.,Lira,D.,Montesinos,R.,Linares,J y Bendezú,L. (2012). *Deterioro cognitivo leve: donde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?*
 Obtenido de *An Fac med* 73,(4):
http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA379569748&v=2.1&u=uta_cons&it=r&p=GPS&sw=w&asid=67baf308d5616676a52a198615c6490c
- Donoso, A.,Venegas,P.,Villarroel, C y Vasquez,C. (2001). *Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer* . Obtenido de *Rev.chil. neuro-psiquiatr.* 39,(3):
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272001000300007&script=sci_arttext
- Duran,M. (febrero de 2013). *Incidencia de fractura de cuello de fémur secundario a osteoporosis en el Adulto Mayor, en pacientes hospitalizados en la Clínica Durán de la ciudad de Ambato año 2011* . Obtenido de pontificia universidad católica del ecuador:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7592/8.34.001068.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Endler, N. S., y Magnusson, D. (1976). *Interaccional Psychology and Personality*. Obtenido de Washington D. C.: Hemisphere Pub:
[https://books.google.com.ec/books?id=bWrqy9CdXZEC&pg=PA425&lpg=PA425&dq=Endler,+N.+S.,+y+Magnusson,+D.+\(1976\).+Interaccional+Psychology+and+Personality.+Washington+D.+C.:+Hemisphere+Pub.&source=bl&ots=I-19zpdzVj&sig=RrtgmbQaW5uYyJIAESHY6C1_qPs&hl=es&sa=X&](https://books.google.com.ec/books?id=bWrqy9CdXZEC&pg=PA425&lpg=PA425&dq=Endler,+N.+S.,+y+Magnusson,+D.+(1976).+Interaccional+Psychology+and+Personality.+Washington+D.+C.:+Hemisphere+Pub.&source=bl&ots=I-19zpdzVj&sig=RrtgmbQaW5uYyJIAESHY6C1_qPs&hl=es&sa=X&)
- Gallardo,L y Sanchez, E. (17 de marzo de 2014). *Participacion religiosa y depresion en personas mayores de la region de Arica y Parinacota, Chile*. Obtenido de *Inverciencia* 39,(7): <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33931446007>
- Garcia,A.,Paredes,E.,Fernandez,M.,Legra,Y y Zayas,C. (2013). *Evaluación de los estados funcional y afectivo en la población geriátrica del área de salud “28 de Septiembre”*. Obtenido de *Medisan*, 17(2):
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n2/san06213.pdf>

- Gomez, N., Bonnin, B., Gomez de Molina, M., Yanez, B y Gonzalez, A. (2003). *Caracterización Clínica de Pacientes con Deterioro Cognitivo*. Obtenido de *Revista Cubana de Medicina* 42(1): 12-7: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_1_03/med02103.htm
- Gonzales, J. (2010). *Teorías del Envejecimiento*. Obtenido de *Tribuna del Investigador* 11,(1-2): <http://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/?i=art12>
- Guapisaca, D., Guerrero, J y Idrovo, P. (2014). *Prevalencia y Factores asociados al Deterioro Cognitivo en adultos mayores de los Asilos de la ciudad de Cuenca*. Obtenido de Universidad de Cuenca: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5261/1/med224pdf.pdf>
- Hernandez, M., Macias, D., Calleja, N., Cerezo, S y Del Valle, C. (16 de diciembre de 2008). *Propiedades psicométricas del Inventario Zung del Estado de Ansiedad con Mexicanos*. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal: <file:///C:/Users/User/Downloads/211-669-2-PB.pdf>
- INEC. (2011). Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. (Julio de 2010). *Base de Datos*. Obtenido de <http://www.inec.gov.ec/cpv/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. (Julio de 2012). Obtenido de Base de Datos: <http://www.inec.gov.ec/cpv/>,
- Isach, M. y Izquierdo, G. (2002). *Modificaciones de Aparatos, Organos y Sistemas*. Obtenido de *Manual de Geriatria. Fisiología del Envejecimiento* 3, pp 63,67: https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad2/7/tema7.pdf
- Kessler, RC., Chiu, WT., Demler, O., Merikangas, KR. y Walters EE. (Junio de 2005). *La prevalencia, gravedad y comorbilidad de 12 meses trastornos del DSM-IV en la Encuesta Nacional de Comorbilidad de replicación*. Obtenido de PubMed 62(6): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939839>
- Latorre, J y Rodriguez, J. (1997). *Depresión en la Vejez: Evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo*. Obtenido de *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2(3), pp 243-264: <http://www.aepcp.net/arc/Vol.%202.%20N3,%20pp.%20243-264,%201997.pdf>
- Lépine, J.P., Gaspar, M., Mendlewicz, J y Tylee, A. (Junio de 2007). *Depression in the community: The first panEuropean study DEPRES (Depression Research in European Society)*. 12(1). Obtenido de *International Clinical*

- Psychopharmacology, Vol 12 (1), Jan 1997, 19-29. :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9179630>
- Lopéz, A. (diciembre de 2005). *Aspectos psicologicos y psiquiatricos del adulto mayor*.
 Obtenido de AMAPBI. Asociacion Mexicana de Alternativas en Psicologia:
<file:///C:/Users/User/Documents/psicologia%20clinica/proyecto%20de%20investigacion/proyecto/Aspectos%20psicol%C3%B3gicos%20y%20psiqui%C3%A1tricos%20del%20adulto%20mayor.pdf>
- Mangone, C., Arizaga R., Allegri R y Ollari, J. (2000). *La Demencia en Latinoamerica*.
 Obtenido de Rev Neurol Arg 25.1085-112:
<file:///C:/Users/User/Documents/psicologia%20clinica/proyecto%20de%20investigacion/la%20demencia%20en%20Latinoamerica.pdf>
- Marquez, M., Montorio, I., Izal, M y Losada, A. (2006). *Prediccion del nivel de Ansiedad a partir de la intensidad Emocional y el Afrontamiento cognitivo en Situaciones amenazantes en personas jovenes y mayores*. Obtenido de Ansiedad y Estres 12,(2-3): http://docentes.cs.urjc.es/~alosada/art_i_emocional.pdf
- Marsiglia, I. (2009). *Estudio clinico y epidemiologico de la ansiedad y la depresion en una muestra de 1159 pacientes*. Obtenido de Gac Med Caracas 118,(1):
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622010000100002&lang=pt
- Medileneplus. (2009). *Medileneplus*. Obtenido de
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000917.htm>
- Mejia, S., Jaimes, A., Villa, A., Ruiz, L y Gutierrez, L. (31 de enero de 2007). *Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México*. Obtenido de Salud Publica de Mexico 49,(4):
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a06.pdf>
- Mental, T. (s.f.). *Definiciones*. Obtenido de Definición de trastorno mental - Qué es, Significado y Concepto <http://definicion.de/trastorno-mental/#ixzz3OpNdDk70>
- Montorio, I., Nuevo, R, Losada, A y Marquez, M. (2001). *Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad*. Obtenido de mapfre medicina, 12,(1):
<http://sid.usal.es/idocs/f8/8.2.6-5231/ansiedad.pdf>
- Moreno, J. (21 de Septiembre de 2011). *Deterioro Cognitivo en pacientes con cancer de Colon*. Obtenido de Investigacion en Psicologia en las Universidades Españolas e Iberoamericanas:

- http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA297829118&v=2.1&u=uta_cons&it=r&p=GPS&sw=w&asid=339125c75b15b7554d380d1f4de508fc
- Núñez, V. (mayo de 2014). “*el impacto de la depresión en el bienestar del adulto mayor en el centro de salud de Juan Benigno Vela*”. Obtenido de Universidad Técnica de Ambato: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7496/1/N%C3%BA%C3%B1ez%20Cabezas,%20Ver%C3%B3nica%20Alexandra.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas ONU. (2002). *Acciones Internacionales sobre el Envejecimiento*. Obtenido de Envejecimiento: http://www.cinu.org.mx/temas/envejecimiento/p_edad.htm
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *OMS*. Obtenido de Institute for health metrics and evaluation: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Paucar, M. (diciembre de 2014). *deterioro cognitivo y su correlación en el apareamiento de niveles de depresión en adultos mayores que acuden al hogar de ancianos sagrado corazón de Jesús - Ambato*. Obtenido de Universidad Técnica de Ambato: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8689/1/Paucar%20Mej%C3%ADa,%20Mar%C3%ADa%20Lizbeth.pdf>
- Peña, D., Herazo, M y Calvo, J. (2009). *Depresión en Ancianos*. Obtenido de Rev. Fac. Med 57,(4): <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n4/v57n4a07.pdf>
- Peña, M., Herazo, M y Calvo, J. (16 de octubre de 2009). *Depresión en Ancianos*. Obtenido de Rev. Fac. Med 57,(1): http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622010000100002&lang=pt
- Pérez, V y Arcia, N. (2008). *Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor*. Obtenido de Facultad de Medicina Finlay- Albarrán : http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_3_08/mgi02308.htm
- Psicomed.* (s.f.). Obtenido de Psicomed: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv7.html>
- Psicomed.* (2009). Obtenido de Psicomed : http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv_int_def.html
- Revista Panamericana Salud Pública. (2006). *Rev Panam Salud Pública 19,(5)*. Obtenido de Pan Am J Public Health:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000500008&lang=pt

- Ritter, A y Pillai, J. (2015). *El tratamiento de la Vascular cognitivo Deterioro*. Obtenido de Scopus 17(8) p 18: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84935034051&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=cognitive+impairment&nlo=&nlr=&nls=&sid=717899FF990D6D7C55F59A18E819D5AF.WXhD7YyTQ6A7Pvk9AIA%3a170&sot=b&sdt=sisr&sl=35&s=title-abs-key%28cognitive+imp>
- Riveros, A., Cortazar, J., Alcazar, F y Sanchez, J. (15 de marzo de 2005). *Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales*. Obtenido de International Journal of Clinical and Health Psychology 5(3): <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705302>
- Rosselli, M & Jurado, M. (Abril de 2012). *Evaluación Neuropsicológica de la Demencia*. Obtenido de Revista Neuropsicológica, Neuropsiquiatría y Neurociencias 12(1): https://www.google.com.ec/search?sclient=psy-ab&es_sm=93&biw=766&bih=545&q=M%C3%B3nica+Rosselli+%26+Mar%C3%ADa+Beatriz+Jurado&oeq=M%C3%B3nica+Rosselli+%26+Mar%C3%ADa+Beatriz+Jurado&gs_l=serp.3...17950.17950.0.18878.1.1.0.0.0.0.0.0.0.0...0...1c.1.64.psy-a
- Sanchez, A., Arevalo, K., Vallenilla, M., Quijano, M y Arabia, J. (2014). *La memoria audio-verbal en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y un grupo control*. Obtenido de Revista CES Psicología 7(1): http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA405483950&v=2.1&u=uta_cons&it=r&p=GPS&sw=w&asid=c52ef5bf1ce514b17397c73754b2d100
- Santorres, E. (2013). *Bienestar Psicológico En La Vejez Y Su Relación Con La Capacidad Funcional Y La Satisfacción Vital*. Obtenido de Universidad de Valencia: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento%20y%20bienestar.pdf?sequence=1>
- Schachter, S., y Singer, J.E. (1962). *Cognitive, social and psychological determinants of emotional state*. Obtenido de Psychological Review: [http://www.psychwiki.com/wiki/Schacter,_S.,_%26_Singer,_J._E._\(1962\)._Cognitive,_social,_and_psychological_determinants_of_emotional_state._Psychological_Review,_69,_379-399](http://www.psychwiki.com/wiki/Schacter,_S.,_%26_Singer,_J._E._(1962)._Cognitive,_social,_and_psychological_determinants_of_emotional_state._Psychological_Review,_69,_379-399).

- Significados*. (s.f.). Obtenido de Definición de psicopatología - Qué es, Significado y Concepto <http://definicion.de/psicopatologia/#ixzz3OpHcqLhv>
- Silva, M. (Junio de 2014). *Universidad Tecnica de Ambato*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/7980>
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia. (2004). *Guia de Buena Practica Clinica en Geriatria*. Obtenido de Depresion y Ansiedad: <http://www.segg.es/publicaciones.asp>
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. En *Anxiety and Behavior* (págs. 3-20). New York: Academic Press.
- Suárez, M y Tapia, F. (2011). *Interaprendizaje de Estadística Básica*. Obtenido de Calculo del tamaño de la muestra: <http://www.interaprendizajedeestadisticabasica.com>
- Valera, L., Chavez, H., Galvez, M y Mendez, F. (2004). *Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional*. Obtenido de Rev. Soc. Per. Med. Inter. 17,(2): http://medicinainterna.org.pe/revista/revista_17_2_2004/a02.pdf
- Varios. (2009). Psicopatología de Adultos. En Psicopatología. UOC.
- Vera, M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para si mismo y para su familia*. Obtenido de Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos 68,(3): <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7496/1/N%C3%BA%C3%B1ez%20Cabezas,%20Ver%C3%B3nica%20Alexandra.pdf>
- Vindel, A. (2015). *Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad*. Obtenido de revista electrónica de psicología 3(1): http://www.researchgate.net/profile/Antonio_Cano-Vindel/publication/230577035_Procesos_cognitivos_en_el_trastorno_de_ansiedad_generalizada_seg%C3%BAn_el_paradigma_del_procesamiento_de_la_informaci%C3%B3n_cognitive_processes_in_Generalized_Anxiety_Disorder_by_followi
- Viñals, T. (2006). Psicología y Salud. En T. Viñals, *Una Vision Integradora de los Conflictos Psicologicos*. Barcelona: EDIUOC 2006.

5.3.-BASES DE DATOS – UTA

- **EBRARY:** Requena, E. (2003). Obtenido de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=100406038&p00=depression%20embaro>
- **EBRARY:** Goleman & Cherniss,(2005).Inteligencia Emocional en el Trabajo. recuperado el 15 de noviembre del 2013, disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10316879&p00=i>nteligencia%20emocional%20trabajo
- **GALE CENGAGE Learning:** Sanchez,A.,Arevalo,K.,Vallenilla,M.,Quijano,M y Arabia,J. (2014). *La memoria audio-verbal en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y un grupo control*. Obtenido de Revista CES Psicología 7(1): http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA405483950&v=2.1&u=uta_cons&it=r&p=GPS&sw=w&asid=c52ef5bf1ce514b17397c73754b2d100
- **SCOPUS:**Ritter,A y Pillai, J. (2015). *El tratamiento de la Vascular cognitivo Deterioro*. Obtenido de Scopus 17(8) p 18: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84935034051&origin=resultslist&sort=plf->

6.- ANEXOS

6.1.- Anexo A.- Test Minimental State Examination

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

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

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. H^o: _____
 Observaciones: _____

| | | |
|---|--|--|
| ¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1 | ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5) | |
| ¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1 | ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5) | |
| Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1) | Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3) | |
| Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1) | ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5) | |
| Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1) | RECUERDO diferido (Máx.3) | |
| DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1 | LENGUAJE (Máx.9) | |
| 6.2.-Anexo B. Test Escala de Ansiedad de Hamilton Puntuaciones de referencia 27 o mas: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia | Puntuación Total (Máx.: 30 puntos) | |

a.e.g.(1999)

TEST ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha: _____

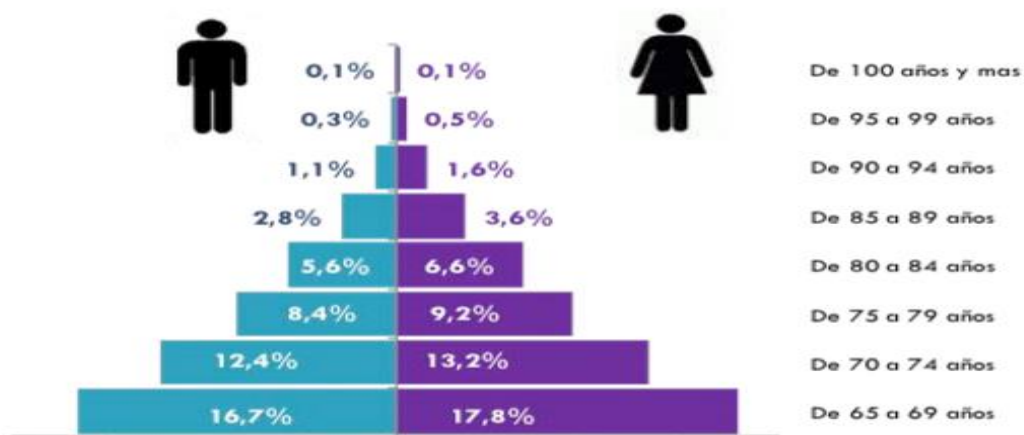
Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante

| Elemento | Síntomas | Punt. | Elemento | Síntomas | Punt. |
|-------------------------|---|-------|--|--|-------|
| 1. Ansioso | Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad | | 9. Síntomas cardiovasculares | Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido | |
| 2. Tensión | Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse | | 10. Síntomas respiratorios | Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea | |
| 3. Miedos | A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes | | 11. Síntomas gastrointestinales | Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento | |
| 4. Insomnio | Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos | | 12. Síntomas genitourinarios | Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia | |
| 5. Intelectual | Dificultades de concentración, memoria reducida | | 13. Síntomas autónomos | Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello | |
| 6. Humor depresivo | Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día | | 14. Comportamiento durante la entrevista | Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos | |
| 7. Somático (muscular) | Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular | | | Puntuación total | |
| 8. Somático (sensorial) | Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad | | | | |

Anexo C. Diferentes Grupos de edad de las personas Adultas Mayores

GRÁFICO 1. DIFERENTES GRUPOS DE EDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.

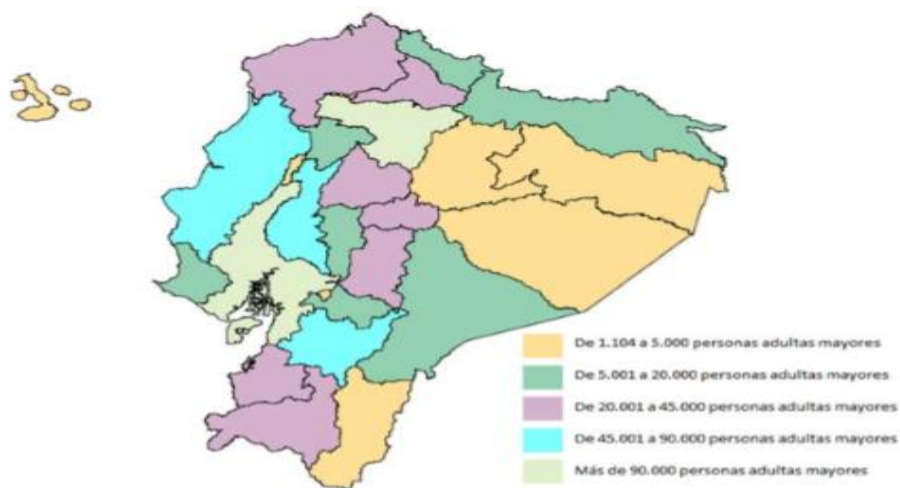


Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010.

Grafico 1. Diferentes Grupos de edad de las personas Adultas Mayores

Fuente: INEC

Anexo D. Provincias que tienen mayor cantidad de personas Adultas Mayores



Elaboración: CGGC - MIES, 2012.
Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010

El Mapa 1 muestra que las provincias de Pichincha y Guayas son las que tienen mayor población adulta mayor, superando los 90.000 habitantes.

Grafico 2. Provincias que tienen mayor cantidad de las personas Adultas Mayores

Fuente: INEC

Anexo E.-Porcentaje de Adultos Mayores por Grupo Étnico (2003 - 2009)



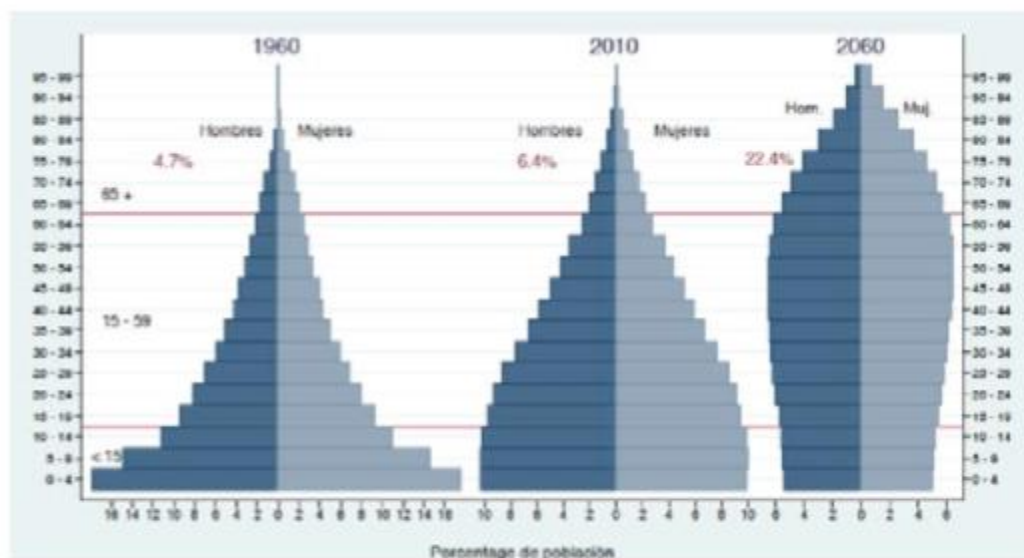
Fuente: INEC. ENEMDUR 2003-2009, diciembre.
Elaboración: DIPES, EPV.

El Gráfico 2 muestra que en el país la identificación étnica que predomina en las personas adultas mayores es la mestiza, seguida por autoconsideración blanca y en tercer lugar, la indígena.

Gráfico 3. Porcentaje de Adultos Mayores por Grupo Étnico (2003 - 2009)

Fuente: INEC

Anexo F.-Evolución de la Pirámide Poblacional del Ecuador



Fuente: CEPAL. Proyecciones de población.
Elaboración: INIGER MIES 2011

Gráfico 4. Evolución de la Pirámide Poblacional del Ecuador

Fuente: CEPAL. Proyecciones de Población

Anexo G – Esperanza de vida y tasa global de fecundidad de la población (1970 – 2010)



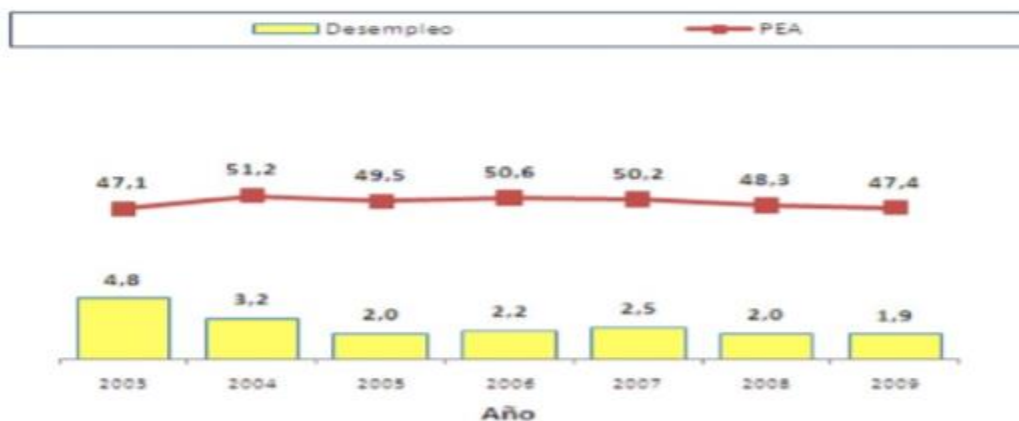
Fuente: Proyecciones de población 1950-2005, octubre 2003.

Elaboración: DIPES, EPV.

Gráfico 5. Esperanza de vida y tasa global de fecundidad de la población (1970 - 2010)

Fuente: Proyecciones de población 1950 – 2005. Octubre 2003.

Anexo H– Tasa de Población Económicamente Activa (PEA) y desempleo de los Adultos Mayores (2003- 2009)



Fuente: INEC, ENEMDUR 2003-2009, diciembre.

Elaboración: DIPES, EPV.

Gráfico 6. Tasa de población económicamente Activa (PEA) y desempleo de los Adultos Mayores

Fuente: INEC ENEMDUR 2003 – 2009 diciembre

Anexo I– Porcentaje de Adultos Mayores por grupo Étnico (2003 - 2009).



Fuente: INEC. ENEMDUR 2003-2009, diciembre.
Elaboración: DIPES, EPV.

El Gráfico 2 muestra que en el país la identificación étnica que predomina en las personas adultas mayores es la mestiza.
Gráfico 7. Porcentaje de Adultos Mayores por grupo Étnico (2003 - 2009)

Fuente: INEC. ENEMDUR 2003 – 2009, diciembre

Anexo J – Personas Adultas Mayores y Aseguramiento

| Tipo de aseguramiento | No. P.A.M | % de P.A.M |
|----------------------------|---------------|------------|
| IESS | 212722 | 22.6 |
| ISFFA | 13.394 | 1.4 |
| ISPOL | 6.492 | 0.7 |
| Jubilación no contributiva | 536185 | 57,0 |
| Sin aseguramiento | 172112 | 18.3 |
| Total | 940905 | 100 |

Fuente: INEC. Censo de población y vivienda 2010.

Gráfico 8. Personas Adultas Mayores y Aseguramiento

Fuente: INEC. Censo de población y vivienda 2010.

Anexo K- Personas Adultas Mayores y Aseguramiento

| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES |
|----------------------------|-------|---------|---------|
| PAM aseguradas (%) | 26.0 | 33.2 | 19.4 |
| Económicamente activas (%) | 33.2 | 49.4 | 18.6 |

Fuente: INEC. Censo de población y vivienda 2010.

Gráfico 9. Personas Adultas Mayores y Aseguramiento

Fuente: Censo de población y vivienda 2010

Anexo L- Consentimiento Informado – Coordinador/a Programa de Envejecimiento Activo IESS - Ambato

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PSICOLOGIA CLINICA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha.....

.....
Coordinadora del Programa de Envejecimiento Activo IESS – Ambato.

Yo,.....C.I..... como coordinador/a del Programa de Envejecimiento Activo IESS – Ambato en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente accedo a colaborar en el Proyecto de Investigación que se realizará con personas adultas del Programa de Envejecimiento Activo IESS-Ambato, con el fin de determinar la influencia del Deterioro Cognitivo y la Ansiedad en el adulto mayor, al cual la estudiante..... invita a participar. Acepto informar al tutor o representante legal Señor/a.....C.I.....y al adulto mayor Señor/a.....C.I..... acerca del ejercicio académico, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Asumo la responsabilidad, luego de haber informado a las partes de retirar al adulto mayor del ejercicio académico si creo oportuno hacerlo, de velar por la autonomía confiabilidad e intimidad de la información por la suministrada y de velar por la seguridad física y psicológica en el ejercicio académico.

.....

Estudiante de Psicología Clínica

C.I:.....

Firma:.....

.....

Coordinadora del Programa de Envejecimiento Activo IESS- Ambato

C.I:.....

Firma:.....

.....

Participante del Programa de Envejecimiento Activo IESS- Ambato

C.I:.....

Firma:.....

Anexo M- Consentimiento Informado - Adulto Mayor del Programa de Envejecimiento Activo IESS - Ambato

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PSICOLOGIA CLINICA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha.....

Yo,.....C.I.....integrante del Programa de Envejecimiento Activo IESS – Ambato, manifiesto que he sido debidamente INFORMADO/A por el coordinador/a acerca del proyecto de Investigación que tiene como objetivo determinar la influencia del Deterioro Cognitivo y la Ansiedad en el adulto mayor, al cual la estudiante..... invita a participar.

Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

.....

Estudiante de Psicología Clínica

C.I:.....

Firma:.....

.....

.....

Coordinadora del Programa de Envejecimiento Activo IESS- Ambato

C.I:.....

Firma:.....

.....

Participante del Programa de Envejecimiento Activo IESS- Ambato

C.I:.....

Firma:.....