

Ansiedad Rasgo – Estado en el Adulto Mayor Institucionalizado y no Institucionalizado en la
Ciudad de Villavicencio, Meta: Un estudio comparativo



María Isabel Gutiérrez Oyuela
Lina María Bohórquez Quintero

Asesor
Elkin Rodrigo Lozada Celis

Vicerrectoría regional llanos
Facultad de ciencias sociales y humanas
Programa de Psicología UVD
Villavicencio, 2018

Tabla de contenido

1. Introducción.....	4
2. Resumen ejecutivo.....	6
3. Planteamiento del problema.....	7
4. Formulación del problema.....	9
5. Objetivos.....	10
6. Justificación e impacto central de la investigación.....	11
7. Marco referencial y antecedentes.....	14
8. Tipo de investigación.....	25
9. Población y Muestra.....	26
10. Instrumentos, técnicas de recolección e información.....	28
11. Procedimiento.....	30
12. Análisis de datos.....	32
13. Conclusiones.....	44
14. Recomendaciones.....	45
15. Bibliografía.....	46
16. Anexos.....	55
17. Resumen analítico especializado con fines de publicación RAE.....	59

Lista de tablas

Tabla 1. Criterios de inclusión de los participantes del estudio.....	26
Tabla 2. Criterios de exclusión de los participantes del estudio.....	27
Tabla 3. Interpretación de Resultados MEC.....	28
Tabla 4. Resultados e Interpretación MEC.....	32
Tabla 5. Caracterización de la Muestra.....	33
Tabla 6. Datos estadísticos de la Muestra.....	34
Tabla 7. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras.....	34
Tabla 8. Estadísticos de contraste a.....	35
Tabla 9. Prueba t para dos muestras independientes.....	36
Tabla 10. Prueba de muestras independientes.....	37

1. Introducción

La presente investigación se avoca a la comprensión de las alteraciones emocionales como la ansiedad en la población de adultos mayores, toda vez que ahondar en las problemáticas de esta población contribuye a la prevención de patologías que afectaran a un porcentaje significativamente grande de la población mundial. Se estima que el crecimiento de la población de 65 años en adelante será más rápido que el de cualquier segmento en todas las regiones del mundo, este crecimiento será mayor en gran parte de los países en vías de desarrollo dado que es el resultado de la disminución de la fertilidad acompañada por el crecimiento económico, una mejor nutrición, estilos de vida más sanos, mejor control de enfermedades infecciosas, agua y salubridad más seguras, y el avance de la ciencia, la tecnología y la medicina (Administration on Aging, 2003; Dobriansky, Suzman y Hodes, 2007; Kinsella y Velkoff, 2001 citado por Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior y comprendiendo que Colombia es un país en vía de desarrollo, es esperable que la población de adulto mayor se incremente. Por consiguiente, se hace necesario implementar políticas de atención y promoción de la calidad de vida de la senectud, haciendo énfasis en la evaluación física, mental y social del adulto mayor. Para ello esta investigación busca aportar con la identificación de las características de ansiedad en Estado y Rasgo en la población de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de Villavicencio, Meta, dado que a través de ello se podrá comprender

cuales son los factores protectores para la salud mental en la senectud y así diseñar estrategias de prevención e intervención para la población de adultos mayores.

2. Resumen Ejecutivo

El presente estudio está dirigido a comparar los niveles de ansiedad en rasgo y estado en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en Villavicencio - Meta, para el cual, se utilizó el instrumento psicométrico Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE), para el estudio se empleó un enfoque cuantitativo con diseño comparativo transversal; la selección de la muestra se realizó por modelo no probabilístico y por conveniencia, en los cuales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de ansiedad Rasgo- Estado entre los grupos.

Palabras clave: Adulto mayor, Ansiedad, Envejecimiento primario y secundario, Geriátrico.

Abstract

This study aims to compare the levels of state-trait anxiety in institutionalized and no institutionalized older adults in Villavicencio (Meta). This research employs the psychometric instrument State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and a quantitative approach with a transversal comparative design. The sample selection is done through a non probabilistic and convenience sampling, in which there is not a statistically meaningful difference in the data of State-Trait Anxiety, this shows that there is no relation between the places where older adults live and it does not influence in the presence of anxiety.

Key words: older adult, anxiety, comorbidity, primary and secondary aging, geriatric.

3. Planteamiento del Problema

La presente investigación surge del contexto actual de calidad de vida en el que los adultos mayores se desenvuelven, entendiendo calidad de vida, Como “El grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad, determinado por la satisfacción de sus necesidades fundamentales, entendidas estas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurar su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y en un momento histórico determinado” (Delgado de Bravo y S. Failache citado por Rojas, 2011, P.180). Por lo tanto, factores psicológicos como la ansiedad determinan la calidad de vida de los sujetos, en este caso los adultos mayores, conceptualizando la ansiedad según Sandín y Chorot (citado por Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas, 2008, p. 49) como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión). Por otra parte, Lacasa (2016) refiere que el sector de la población que está potencialmente más expuesto a sufrir de ansiedad son las personas de la tercera edad. La ansiedad durante la vejez debe recibir especial atención, pues están ligados al deterioro de la salud, lo que lleva a la persona a crear una dependencia física hacia otras personas o incluso a la pérdida de la autonomía.

De tal forma, la Organización Mundial de Salud (2018) expone que la necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando. Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en

desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia-2003 (ENSM), donde se evidencia que los trastorno de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales siendo el 19.3% de la población de entre 18 - 65 años que reportan haber tenido alguna (Posada, Buitrago, Medina y Rodríguez, 2006).

4. Formulación del Problema

Tomando como referencia los antecedentes teóricos y empíricos revisados en torno a la temática en particular y contextualizándolo con los datos reflejados por el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia-2003 (ENSM) y la Organización Mundial de La salud (OMS), es de interés indagar acerca de las diversas variables de origen y causa de patologías respecto a la salud del adulto mayor, en este caso la salud mental determinando el padecimiento de ansiedad. La presente investigación surge el siguiente interrogante ¿Hay diferencias entre los niveles de ansiedad (Rasgo - Estado) en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en Villavicencio? Lo cual permitirá establecer un ejercicio investigativo con un diseño metodológico acorde para poder dar respuesta a la anterior formulación.

5. Objetivos

General.

Comparar los niveles de ansiedad rasgo - estado en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Villavicencio, Meta.

Específicos.

Identificar los niveles de las diferentes escalas de la ansiedad rasgo - estado en los adultos mayores institucionalizados.

Identificar los niveles de las diferentes escalas de la ansiedad rasgo - estado en los adultos mayores no institucionalizados.

6. Justificación e Impacto Central de la Investigación

La presente investigación está orientada en identificar los niveles de ansiedad que puede presentar el adulto mayor en hogares geriátricos y hogares familiares, con la finalidad de establecer un estudio comparativo que permita detectar si hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a estos dos tipos de estancias. Para lo cual, es necesario entender las dinámicas del envejecimiento, ante esto la Organización Mundial de la Salud (2015) en el reporte n° 404 define que el envejecimiento es entendido como el proceso de acumulación de daño molecular y celular en el organismo, lo cual conlleva a un deterioro progresivo de las funciones físicas y mentales del ser humano. De igual forma, teniendo en cuenta el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud, el porcentaje de adultos mayores a 60 años en Colombia se estima en un rango entre el 10 y 19 % de la población nacional (OMS, 2015a).

Tomando como referente el criterio anterior, se consolida el interés de abordar las características psicológicas de la población adulta mayor, específicamente en la descripción de la ansiedad. Se considera pertinente desarrollar ejercicios de investigación que permitan comprender la dinámica de la ansiedad en los adultos mayores dado que según Montorio, Nuevo, Losada & Márquez (2001) las patologías que se presentan en el adulto mayor como la hipertensión arterial, cardiopatías y el dolor crónico son concurrentes o tienen un nivel de comorbilidad con alteraciones o trastornos de la ansiedad (p. 20). Por consiguiente, los esfuerzos médicos se han centrado en intervenir estas patologías restándole importancia a la

ansiedad dado que esta se encuentra presente en todos los cuadros clínicos anteriormente mencionados.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge un interrogante en relación a identificar si los perfiles de ansiedad en los adultos mayores varían teniendo en cuenta los entornos donde estos habitan, en este caso el hogar y los hogares geriátricos. Por lo tanto, para los fines específicos de la investigación se hará uso del término ansiedad según el Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado (IDARE), cuya importancia se refleja en la descripción de la ansiedad presente en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos y comparándola con los niveles de ansiedad presente en adultos mayores no institucionalizados, es decir que conviven con sus familiares y de esta forma, lograr comprender las variantes en los niveles de ansiedad en esta población con dos contextos diferentes lo que permitiría analizar si éstos se constituyen en un factor de protección o un factor de riesgo para la instauración de alteraciones de la ansiedad las cuales repercutirían en la consolidación de ulteriores psicopatologías que incidirían en el incremento del deterioro psicológico en la adultez mayor. Al identificar los perfiles de ansiedad en el adulto mayor relacionándolo con su entorno, se pueden diseñar estrategias que permitan mejorar el bienestar tanto físico como mental. Sin embargo, el valor agregado de esta investigación radica en resaltar la importancia de las redes sociales de apoyo en el mantenimiento del bienestar integral del adulto mayor, lo cual implica diseñar estrategias metacognitivas en los cuidadores, tanto en el hogar como en los hogares geriátricos, que les permita desarrollar estrategias para mitigar la ansiedad en los

adultos mayores para que de esta forma se mitiguen los efectos de la ansiedad en las diferentes patologías comorbidas.

7. Marco Referencial y Antecedentes

Papalia, Feldman, & Martorell (2012) definen la Gerontología como el estudio de los ancianos y del proceso de envejecimiento. Por lo tanto, el envejecimiento se puede comprender bajo dos causales, el envejecimiento primario se entiende como un proceso gradual, inevitable de deterioro corporal a lo largo del ciclo de vida y envejecimiento secundario, entendido como el proceso de deterioro cognitivo como resultado de una enfermedad.

Para abordar el proceso de estudio del envejecimiento, se expone la Teoría de la actividad, la cual indica que las personas que envejecen de forma adecuada realizan varias actividades y encuentran en ellas sustitutos para las labores que perdieron anteriormente (Neugarten, Havighurst & Tobin citado por Papalia, Feldman & Martorell, 2012). Esto indica que, si se pretende mantener un adecuado nivel cognitivo y una buena calidad de vida relacionada con salud en la vejez, se debe propender por realizar actividades cognitivas y físicas que mantengan la actividad cortical en el cerebro, generando así una mayor reserva cognitiva para la vejez.

Por otra parte, se describen factores que se relacionan con el envejecimiento cómo: “aislamiento social, disminución de la autonomía, dificultades económicas, declive del estado de salud, la proximidad a la muerte, etc., por lo que se ve un aumento de los trastornos de ansiedad en los adultos mayores” (Boggio, 2011, párr. 2); y es aquí donde la ansiedad asume

la importancia de ser evaluada debido a la asociación que tiene con el declive de las funciones físicas, sociales y emocionales en el adulto mayor. Shong & Ruíz (2012) dicen que las alteraciones de ansiedad generalizadas son comunes en la vejez reportando que:

En estas edades se complican con síntomas depresivos y enfermedades físicas. Los problemas de salud, tanto en las enfermedades transmisibles como en las no transmisibles, conllevan la presencia de ansiedad que a veces se generaliza como una alteración ansiosa, se manifiesta tensión motora, hiperactividad, expectación aprensiva, actitud hipervigilante, insomnio de conciliación y sueños angustiosos; esta sintomatología se relaciona fundamentalmente con las respuestas adaptativas a las pérdidas afectivas (cónyuge, amigos, familiares) de roles, de estatus, de apoyo, de autoestima y de objetos, así como a temores (a las enfermedades, a la invalidez, a la muerte), al afrontamiento, a la frustración, al sentimiento de ser marginado. La ansiedad del adulto mayor crea problemas a la familia y a quienes lo pretendan atender (p.2).

Teniendo en cuenta lo anterior, se explica que la ansiedad es “la respuesta o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprehensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del S.N.A. y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos" (Tobal y Cano, 1985, p.250). De igual forma, “la respuesta de ansiedad puede ser elicitada

tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, etc.” (Tobal y Cano, 1985, p.250).

Por otra parte, la ansiedad también se ha definido como “una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representan o son interpretadas por el sujeto como una amenaza o peligro para su integridad, poniendo en marcha una serie de mecanismos defensivos a través de, entre otras, una estimulación del sistema nervioso simpático y de la liberación de catecolaminas, responsables de buena parte de los síntomas somáticos que integran la respuesta ansiosa” (Tyrrer citado por Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003p.21).

Otros autores como Spielberg, definen la ansiedad como “una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto” (citado por Domínguez, Villegas, Sotelo y Sotelo, 2012, p.46).

A su vez, Spielberg y Díaz (1975) realizan una distinción de la ansiedad en el cual considera que para definirla se necesita tener en cuenta la ansiedad como Estado siendo esta una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y cambiar a través del tiempo y ansiedad como Rasgo se refiere a las

diferencias de las personas ante la forma en que responden a situaciones percibidas como amenazantes o de tensión con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad E. Igualmente, existe una ansiedad normal que se relaciona con las respuestas que se originan de acuerdo a las situaciones que se viven y esta cumple con una función adaptativa y prepara al individuo para la ejecución de tareas o alerta frente a posibles amenazas. No obstante, la ansiedad puede ser patológica en este caso la ansiedad generalizada, cuando no se presenta como respuesta proporcionada frente a un estímulo o si su intensidad y duración exceden de los límites aceptables. En tales condiciones pierde su función de adaptación y se convierte en un problema para el individuo (Reyes, s.f). Es decir, La ansiedad patológica “puede presentarse de forma transitoria o de manera crónica. En el segundo caso, puede manifestarse como un acceso inesperado de ansiedad (trastorno de pánico), o puede aparecer a través de un continuo de mayor o menor intensidad (trastorno por ansiedad generalizada)” (Hoehn-Saric y MacLeod citado por Espada, 1995, p.10).

De Igual forma, el DSM-5R describe la ansiedad generalizada como una preocupación excesiva (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación son desproporcionadas a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado (APA, 2014).

Para el diagnóstico en el DSM-5R, se requiere ansiedad y preocupación excesiva que se produce durante un mínimo de seis meses y debe cumplir con tres de los siguientes seis síntomas: 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, 2. Facilidad

para fatigarse, 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, 4. Irritabilidad, 5. Tensión muscular, 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). Además, se requiere, tener un malestar clínicamente significativo, deterioro en el área social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y dicha alteración no se debe atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni afectación médica y la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (APA, 2014).

Así mismo en el DSM-5R, se describe una serie de características que distingue el trastorno de ansiedad generalizada de la ansiedad no patológica, entre ellas: las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada, estas son excesivas e interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, son más penetrantes, pronunciadas y angustiosas y tienen mayor durabilidad produciéndose sin desencadenantes mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas y son más manejables además de que es menos frecuente de presentar síntomas físicos (APA, 2014).

Algunas manifestaciones de la ansiedad consisten en tres sistemas de respuesta “cognitiva (plasmada en forma de sentimientos de terror, amenaza de catástrofe inminente, experimentada como desórdenes de pánico o desórdenes de ansiedad generalizados), motora (resultado del arousal fisiológico y de “cogniciones de miedo”) y fisiológica (asociada generalmente con un incremento de la actividad del Sistema Nervioso Somático o del Sistema Nervioso Autónomo como resultado de una activación del Sistema Nervioso Central

o de la actividad neuroendocrina mediada igualmente por el Sistema Nervioso Central. El incremento de la actividad de la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo producirá cambios cardiovasculares, aumento de la actividad electrodérmica, del tono músculo-esquelético y del ritmo respiratorio)” (Bellack y Lombardo citado por Casado, 1994, p.56 - 57).

Otros autores como Boggio (2011) refieren que la ansiedad en el adulto mayor se pauta generalmente como una situación nerviosa, como la que presentan los infantes ante el miedo a lo desconocido, la pérdida y las separaciones:

La manifestación de la ansiedad incluye malhumor, irritabilidad y hasta conductas agresivas. Estas manifestaciones de ansiedad del adulto mayor, frecuentemente se asocian a distintos síntomas físicos como manifestaciones neurovegetativas, tensión muscular, temblores, mialgias, fatiga, sobresaltos y delirios; las expresiones somáticas son habitualmente iguales a las que se experimentan en otras etapas de la vida, añadiéndoseles dificultades amnésicas y trastornos del sueño (p.2).

Por consiguiente, se encuentra que la ansiedad puede estudiarse desde diversos enfoques y este a su vez tiende a utilizar sinónimos como “angustia, stress, temor, miedo, amenaza, frustración, tensión, arousal” (Casado, 1994, p.3).

Desde el enfoque psicoanalista relacionado a Freud quien postuló que la ansiedad se diferenciaba en “dos conjuntos nosográficos: las psiconeurosis de defensa, en las cuales la ansiedad reflejaba un conflicto intrapsíquico, un desplazamiento defensivo del afecto que cristalizaba en los síntomas psiconeuróticos; y por otra parte, las llamadas “neurosis actuales” (que incluían a la “neurosis de ansiedad”), en las que la ansiedad se debía a una falta de procesamiento psíquico de la libido, manifestándose en forma más o menos automática como descarga somática y/o como una actitud psicológica de “ansiedad libremente flotante” (Juan, Etchebarne, Gómez y Roussos, 2011, p. 202). Posterior a esto, Freud desarrolla una nueva distinción de ansiedad quedando establecidos de dos maneras: “la ansiedad señal, atenuada, anticipatoria, que utilizaba el yo para defenderse de los procesos internos y los requerimientos de la realidad; y la ansiedad automática, que sobrepasaba su cualidad de señal e invadía al aparato psíquico, paralizando al yo. Esta segunda teoría (la ansiedad como señal) acentúa el carácter anticipatorio y deja de conceptualizar a la ansiedad únicamente como producto de una sobrecarga afectiva” (Juan, Etchebarne, Gómez y Roussos, 2011, p.202).

La ansiedad desde el enfoque humanista existencial, es entendida por diferentes autores como “una amenaza al “self”, al concepto de sí mismo; la ansiedad es un momento del proceso por el cual organismo y mundo son transformados continuamente” (Goldstein Citado por Casado, 1994, p.16). Por otra parte, Sullivan define la ansiedad como “la percepción de una evaluación negativa por parte de personas significativas en nuestras vidas” (Citado por Casado, 1994, p.16). En cambio Epstein conceptualiza la ansiedad como “un estado de impulso emocional que aparece tras la percepción de un peligro, como una

situación de miedo sin resolver o como un estado de arousal no dirigido a la percepción de amenaza” (p.17). De igual forma, May define la ansiedad como “la aprensión producida por la amenaza a algún valor que el individuo considera esencial para su existencia como un yo” (Casado, p.17).

El Enfoque conductual, se fundamentó a partir de los trabajos realizados por Watson y Rayner sobre “el condicionamiento de una fobia en “el pequeño Albert”, la ansiedad se conceptualiza como una respuesta emocional condicionada negativa, aprendida según los principios del condicionamiento pauloviano y que se produce por medio de la asociación de una situación, en principio neutra (FC), con una experiencia desagradable (FI). Tras varios emparejamientos el FC adquiere un valor negativo similar al EJ siendo capaz de producir respuesta de ansiedad” (Casado, 1994, p. 19). Por consiguiente el enfoque conductual considera la ansiedad como “un estado o respuesta emocional transitoria, evaluable en función de sus antecedentes (E) y consecuentes (R) y de la cual podía determinarse su frecuencia y duración” (Casado, 1994, p. 19).

La ansiedad desde el enfoque cognitivo-conductual vinculando a Bowers, Endler, Endler y Magnusson citado por Sierra, Ortega & Zubeidat, (2003) quienes refieren que una persona la cual tiene ansiedad, presenta dos tipos de variables las cuales son, la cognitiva como pensamientos, creencias e ideas y la situacional en el cual se genera una reacción debido alguna situación que llegara a tener el individuo.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006), describe un estudio longitudinal donde vinculan la “Ansiedad Intensa con el Riesgo de Morir en Adultos Mayores” con una población pluriétnica, la muestra contó con la participación de 506 adultos mayores 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; se evidenció 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%).

De esta forma, investigaciones como la realizada por Rodríguez (2007) en donde se indaga sobre los factores que influyen en la calidad de vida del adulto mayor que reside en hogares geriátricos, permiten comprender no solo la importancia de esta población para el estudio de las distintas dinámicas del envejecimiento, sino que también posibilita la comprensión de aquellos factores contextuales que permiten mejorar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos realizando hincapié en las estrategias de acompañamiento y las redes de apoyo y de cuidado médico que permiten al adulto mayor mantener un nivel de funcionalidad acorde a sus expectativas y posibilidades.

Por otro lado, Cardona, Álvarez y Pastrana (2014) proponen que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los adultos mayores tiende a mejorar cuando las condiciones sociales y contextuales son benéficas y estimulantes para ellos, es decir, pertenecer a un hogar geriátrico que cuente con los recursos apropiados para la estimulación

cognitiva, el desarrollo de habilidades sociales y la pertenencia a redes sociales de apoyo influye directamente en el mejoramiento de la CVRS. Canto y Castro (2004) mediante un estudio comparativo de la tercera edad, refieren que, en el caso de los asilos, el 40% de la muestra mostró ansiedad ausente, el 46.6% ansiedad leve y el 13.3% ansiedad moderada y a diferencia de los asilos, en las estancias se encontró el 71.8% con ansiedad ausente, el 25% con ansiedad leve y el 3.1% con ansiedad moderada. Estas frecuencias de los niveles de ansiedad demuestran la alta probabilidad de que en los asilos los ancianos presenten síntomas ansiosos de manera significativa (p.265), por lo tanto, la relación de los lugares con la ansiedad dio como resultado una diferencia significativa, donde el asilo obtuvo un mayor porcentaje del 46,6 % en comparación a la estancia el cual consiguió un resultado de un 25%, lo que indica que el tipo de vivienda y sus circunstancias influyen en la presencia de la ansiedad de algún nivel. En este caso, en los asilos se halló mayor ansiedad entre los residentes estudiados.

Por otra parte, contextualizando lo anteriormente expuesto, Stefani y Feldberg (2006) plantearon que los adultos mayores que se encontraban en sus hogares poseían mayores recursos psicológicos para el afrontamiento de la vida lo cual les provee de mejores recursos adaptativos para enfrentar los retos del día a día, lo anterior se sustenta en el hecho de que según los investigadores vivir en sus hogares repercute en el mantenimiento de la autonomía frente a la vida, lo cual se convierte en un factor protector ante el deterioro cognitivo y funcional de la adultez mayor.

En este orden de ideas, investigaciones como la planteada por Placeres, León y Delgado (2011) ayudan a comprender la importancia de la familia en el envejecimiento, puesto que se registra en este estudio que el cohabitar con la familia le permite al adulto mayor desempeñar roles esenciales para la dinámica del hogar lo cual le posibilita mantener en constante estimulación cognitiva sus habilidades mentales y motrices favoreciendo con ello una mayor reserva cognitiva. Sin embargo los factores clínicos y psicopatológicos presentes en el deterioro cognitivo en la adultez mayor representan un foco alternativo de investigación, en línea de lo anterior Acosta y García (2007) han indagado acerca de la ansiedad y la depresión de adultos mayores encontrando que cerca del 52% de la población investigada presenta alteración en los niveles de ansiedad que oscilan entre las alteraciones leves y las severas. Esto permite comprender la necesidad de evaluar adecuadamente los niveles de ansiedad en ésta población diferenciando los contextos en los que se encuentran los adultos mayores puesto que según se ha expuesto anteriormente quienes residen en sus hogares o pertenecen a redes sociales de apoyo muestran una mayor tendencia a mantener adecuados niveles de calidad de vida, de tal forma, se hace pertinente consolidar la información desde los dos contextos planteados en ésta investigación y así comprender a mayor profundidad la dinámica psicológica del envejecimiento en el contexto de la región.

8. Tipo de Investigación

Esta investigación es de enfoque cuantitativo con diseño comparativo- transversal; la selección de la muestra se realizará por modelo no probabilístico y por conveniencia.

Hipótesis

Hipótesis de Investigación

Hay diferencia significativa en ansiedad Estado – Rasgo en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Villavicencio – Meta.

Hipótesis Nula

No hay diferencia significativa en ansiedad Estado – Rasgo en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Villavicencio – Meta.

9. Población y Muestra

La población está constituida por adultos mayores que viven en el hogar geriátrico Mamá Carmela del barrio Nueva Colombia y Fundación Casa del Abuelo Mi Dulce Hogar en el barrio La Azotea ubicados en la ciudad de Villavicencio, y adultos mayores que viven en sus respectivos hogares familiares del barrio Galán de y Ariguany de la ciudad de Villavicencio.

Para el estudio comparativo se seleccionó una muestra total de 50 adultos mayores el cual fue dividido en dos grupos: 25 adultos mayores institucionalizados y 25 adultos mayores no institucionalizados. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para la investigación:

Tabla 1 Criterios de inclusión de los participantes del estudio.

Criterios de inclusión
<ul style="list-style-type: none">• Edad: Mayor de 60 años.• Escolaridad: Terminación de educación media o estudio técnico, tecnólogo o profesional.• No deben presentar alteraciones neuropsicológicas, mentales y/o físicas diferentes a las asociadas al envejecimiento normal.

Tabla 2 Criterios de exclusión de los participantes del estudio.

Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Edad: Ser menor de 60 años.• Escolaridad: No Terminación de la educación media.• Presentar alteraciones neuropsicológicas, mentales y/o físicas diferentes a las asociadas al envejecimiento normal.

10. Instrumentos, técnicas de recolección e información

Para el procesamiento de la información extraída de la base de datos completa, se organizó una matriz de datos en Excel, que luego fue procesada en el software SPSS. Para dar cumplimiento a los criterios de inclusión y exclusión, se realizó la aplicación de Mini Mental State Examination (MMSE) instrumento elaborado por Folstein y colaboradores, adaptación española Mini-examen cognoscitivo (MEC) de Lobo, Ezquerro, Gómez, Sala y Seva (1979), esta prueba evalúa el rendimiento en la orientación, memoria de fijación y memoria reciente, capacidad de concentración y atención, identificación de objetos, órdenes verbales y escritas, abstracciones, escritura y construcción. El puntaje máximo es de 35 puntos y contiene apartados para anotar el nivel educativo y el nivel de conciencia en un continuo desde el estado de alerta al de coma. El tiempo de administración es libre, pero suele oscilar entre cinco y diez minutos. Su interpretación es inmediata, bastando sumar los puntos de cada ítem, y no necesita materiales especiales (p. 190-192).

Tabla 3 Interpretación de Resultados MEC

La frontera en la que se establece el diagnóstico de demencia es de 23/24 puntos en personas mayores de 65 años o más, y 27/28 en menores de 65 años.
Una puntuación de 30-35 determina la normalidad, mientras que si es de 25-30 existe un ligero déficit que puede estar originando por otras causas.
20-24: existe un deterioro cognitivo leve.
15-19: el deterioro cognitivo es moderado y signo claro de la existencia de una demencia.
0-14: hay un grave deterioro cognitivo que determina una demencia avanzada

Continuando con el estudio comparativo, se realiza la aplicación del IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado), constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: La llamada Ansiedad Rasgo (A- Rasgo) y la denominada Ansiedad Estado (A-Estado). La escala A-Rasgo del Inventario consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos describir cómo se sienten generalmente, es decir, cómo responden ante una situación que considera cómo amenaza. La escala A- Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado (Spielberger y Díaz, 1975).

La calificación de los reactivos varía desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80 puntos, tanto en la escala A-Rasgo como A-Estado, los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE evaluándose ellos mismo en una escala de cuatro puntos. Las cuatro categorías para la A-Estado son: 1. No en absoluto. 2. Un poco. 3. Bastante y 4. Mucho. Las categorías para la escala A- Rango son: 2. Casi nunca. 2. Algunas veces. 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre (Spielberger y Díaz, 1975).

11. Procedimiento

Se evaluaron 72 adultos mayores en edades comprendidas entre los 61 a 99 años, de los cuales se excluyeron 22 participantes según la interpretación de las puntuaciones obtenidas en Mini-examen cognoscitivo (MEC), estableciendo una puntuación de 30-35 en la muestra requerida de 50 adultos mayores determinando normalidad, interpretándose como la no presencia de alteraciones neuropsicológicas, mentales y/o físicas diferentes a las asociadas al envejecimiento normal, así cumpliendo con los criterios de inclusión en la investigación.

Para la aplicación de las dos escalas de Ansiedad Estado- Rasgo se realizó una sesión con cada uno de los adultos mayores participantes, de 30 minutos aproximadamente. Se verificó el estado emocional y las variables medioambientales que puedan llegar a interferir, posteriormente se dio explicación e inicio a la aplicación del instrumento.

Consideraciones Éticas.

La presente investigación estará en conformidad con las directrices estipuladas por el ministerio de salud nacional de Colombia (Resolución N° 8430 de 1993), sobre la investigación con participantes humanos y el nivel de riesgo que implican, la investigación podrá estar catalogada como de riesgo mínimo, ya que no pondrá en riesgo la integridad física o psicológica de los participantes. Adicionalmente, la investigación se realizará según

las disposiciones estipuladas por el código ético y deontológico del psicólogo (Ley 1090 de 2006), con relación a la protección de la identidad, buen nombre, participación voluntaria y fines estrictamente académicos- investigativos de los resultados de investigación. Por lo tanto, se requerirá de la aprobación de los participantes y su acudiente a través del consentimiento informado, previo a la realización del procedimiento de aplicación; se les explicará en qué consiste el procedimiento y qué implicaciones tiene el hecho de aceptar participar en el mismo, el carácter voluntario de la participación y la posibilidad de abandono del estudio con previo aviso.

12. Análisis de datos

A continuación se describen resultados e interpretación del Mini-examen cognoscitivo (MEC) fijando el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión del proceso investigativo:

Tabla 4 Resultados e Interpretación MEC

Edades	Normal	Ligero déficit que puede estar originando por otras causas.	Existe un deterioro cognitivo leve.	Deterioro cognitivo es moderado y signo claro de la existencia de una demencia	Hay un grave deterioro cognitivo que determina una demencia avanzada
61 a 70	19	4			
71 a 80	20	7	3	2	
81 a 90	8		1	2	
91 a 99	3		1		2
Total	50	11	5	4	2

Total participantes: 72

Total Incluidos: 50

Total Excluidos: 22

De igual forma, se exponen resultados estadísticos del proceso de investigación acordes a la aplicación del instrumento psicométrico IDARE.

Tabla 5 Caracterización de la Muestra

Variables	No Total de personas = 50	Total 100%
Estado Civil		
Soltero (a)	9	18%
Divorciado(a)	5	10%
Casado(a)	20	40%
Viudo(a)	16	32%
Nivel Educativo		
Sin estudios.	0	0%
Estudio primario.	0	0%
Estudio de educación media.	27	54%
Estudio técnico o tecnólogo.	18	36%
Estudio profesional.	5	10%

Fuente. Los autores.

Tabla 6 Datos estadísticos de la Muestra

		Edad
N	Válido	50
	Perdidos	0
Media		74,80
Mediana		73,00
Moda		66 ^a
Desviación estándar		9,280
Varianza		86,122
Rango		32
Mínimo		61
Máximo		93
Suma		3740

Fuente. Los autores

Tabla 7 Prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras

		Grp	N
AE	Inst		25
	No Inst		25
	Total		50
AR	Inst		25
	No Inst		25
	Total		50

Fuente. Los autores

La tabla número 7 se relaciona la distribución de las muestras, se describe la muestra dividida en dos grupos; adultos mayores institucionalizados y adultos mayores no institucionalizados respecto a la variable Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.

Tabla 8 Estadísticos de contraste a

		AE	AR
Diferencias más extremas	Absoluta	,200	,240
	Positiva	,200	,240
	Negativa	,000	-,080
Z de Kolmogorov-Smirnov		,707	,849
Sig. asintót. (bilateral)		,699	,468
a. Variable de agrupación: grp			

Fuente. Los Autores.

En relación a las variables, se puede comprobar que $p > \alpha$ (p es mayor que alfa) para las dos variables (Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo) con valores de $p=0,699$ y $p=0,468$ lo que indica que los datos se distribuyen normalmente y estos resultados pueden ser comparados de una manera fiable dada las características de homogeneidad de la muestra.

Tabla 9 Prueba t para dos muestras independientes

Grp		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AE	Inst	25	30,44	8,252	1,650
	No Inst	25	33,84	9,564	1,913
AR	Inst	25	35,96	7,722	1,544
	No Inst	25	38,36	11,287	2,257

Fuente. Los Autores.

En la tabla 9 se pueden apreciar las puntuaciones medias para la muestra las cuales indican que en la variable Ansiedad Estado en el grupo adultos mayores institucionalizados es de 30,44 con una desviación típica de 8,252 en paralelo el grupo de adultos mayores no institucionalizados es de 33,84 con una desviación típica de 9,564 lo cual evidencia diferencias numéricas entre grupos. Por otra parte, la variable Ansiedad Rasgo en el grupo de adultos mayores institucionalizados es de 35,96 con una desviación típica de 7,722 en paralelo con los adultos mayores no institucionalizados es de 38,36 con una desviación típica de 11,287, al igual que la variable Ansiedad Estado los puntajes presentan diferencias numéricas.

Tabla 10 Prueba de muestras independientes.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias				95% Intervalo de confianza para la diferencia		
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
AE	Se han asumido varianzas iguales	,288	,594	-1,346	48	,185	-3,400	2,526	-8,480	1,680
	No se han asumido varianzas iguales			-1,346	46,991	,185	-3,400	2,526	-8,482	1,682
AR	Se han asumido varianzas iguales	2,322	,134	-,877	48	,385	-2,400	2,735	-7,899	3,099
	No se han asumido varianzas iguales			-,877	42,427	,385	-2,400	2,735	-7,918	3,118

Fuente. Los Autores

La tabla 10 muestra la prueba de Levene para igualdad de varianzas nos arroja valores $p > \alpha$ (p es mayor que alfa) para AE $p=0,594$ y para AR $p=0,134$ lo que nos permite inferir igualdad de varianzas, por lo cual los puntajes en los dos grupos de muestra tienden a ser homogéneos.

Una vez asumidas varianzas iguales para las variables AE y AR, se observa que el estadístico T para los dos casos presenta valores $p > \alpha$ (p es mayor que alfa) (AE $p=0,185$; AR $p=0,385$) lo que nos permite inferir que si hay compatibilidad entre la hipótesis de igualdad de medias y la diferencia entre medias observadas. La conclusión es que las medias para AE y AR no presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Discusión

La presente investigación está orientada en identificar los niveles de ansiedad que puede presentar el adulto mayor en hogares geriátricos y hogares familiares, con la finalidad de establecer un estudio comparativo que permita detectar en cuál de estas dos estancias los adultos mayores son vulnerables al sobrellevar la ansiedad. Por lo tanto, se establecieron objetivos a los cuales se le otorgó respuesta mediante el análisis de datos obtenido de la aplicación del instrumento psicométrico IDARE y el uso de la herramienta SSPS para la tabulación y proceso estadístico de la investigación.

El objetivo general corresponde a comparar los niveles de ansiedad estado-rasgo en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, lo cual corresponde a una muestra de 50 adultos mayores dividido en grupos de 25 participantes de los geriátricos Mi Dulce Hogar y Mamá Carmela, respecto a las estancias en los barrios Galán y Ariguany de la ciudad de Villavicencio. Por consiguiente, se evalúan los niveles de las diferentes escalas de ansiedad Rasgo - Estado en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

En relación a lo anterior, no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes de ansiedad Rasgo - Estado en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, lo cual indica que para el caso de la investigación se acepta la hipótesis nula. Es decir que las puntuaciones de ansiedad en Estado y Rasgo para cada grupo de la muestra no difieren a nivel estadístico entre sí en los dos grupos comparativos tal y como se muestra en la tabla 10. Lo cual contrasta con lo encontrado en investigaciones como la de Canto y Castro (2004) quienes mencionan que la relación de los lugares con la ansiedad dió como resultado una diferencia significativa, lo que indica que el tipo de vivienda y sus circunstancias influyen en la presencia de la ansiedad de algún nivel. En este caso, en los asilos se halló mayor ansiedad entre los residentes estudiados.

Esto se puede entender debido a la puesta en marcha en políticas públicas de Colombia en relación a la protección del adulto mayor, las cuales desde el 2007 se han estipulado para la promoción y la prevención de la salud integral del adulto mayor. El

Ministerio de Salud y Protección Social (2014), da a conocer la Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez 2014-2024 mediante la cual refiere las normativas de protección para el adulto mayor, desde la norma la Carta Política Colombiana; Ley 1151 del 2007 determina al Ministerio de Protección Social, definir y desarrollar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, así mismo lo certifica la Ley 1251 de 2008, por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores (ICBF). Estos programas están encaminados las personas en territorio colombiano y que tienen 60 años o más, prevaleciendo la vulnerabilidad a nivel social, cultural, económico o de género.

De tal forma, se da a conocer la Ley 1315 de 2009, donde se establece las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención y fija la competencia de las Secretarías de Salud para conferir las licencias de funcionamiento y hacer seguimiento al funcionamiento de estos Centros. Por lo tanto, estas políticas son un factor que implica el reconocimiento de las mejoras de atención en los centros geriátricos, favoreciendo la calidad de vida del adulto mayor y esto sustentado en la investigación respecto a no hallarse una diferencia significativa en los niveles de ansiedad en estado y rasgo en los dos grupos de muestra.

Sin embargo, tomando en cuenta los resultados obtenidos en la medición de la ansiedad, se debe hacer mención que los puntajes de la media y la desviación típica de la muestra conformada por el grupo de adultos mayores no institucionalizados en la escala

Rasgo presentan una media de 38,36 y desviación típica de 11,287 lo cual indicaría un atenuante de atención dado que estos puntajes limitan con los rasgos clínicos definidos por el IDARE para la identificación de la ansiedad en niveles medios, lo cual se entiende como un factor de comorbilidad con otros diagnósticos clínicos.

Por lo anterior, Cabrera y Montorio (2009) refieren que la ansiedad moderadamente elevada se asocia a un riesgo modesto de infarto de miocardio y que una ansiedad grave representa un factor de riesgo para esa condición. Este hallazgo indica no sólo que la ansiedad representa un factor único, independiente y prospectivo para el infarto de miocardio, sino que también podría contribuir a explicar la asociación entre infarto y algunos otros factores psicosociales de riesgo identificados en estudios previos (p.108). Según el Diagnóstico, de los adultos mayores en Colombia de la Fundación Saldarriaga Concha, la Enfermedad Isquémica del Corazón es la que más sufre esta población en el país, pues la padecen el 20 % de los hombres y el 18,8 % de las mujeres mayores de 60 años (Semana, 2017).

En línea de lo anterior, el desarrollo de las políticas públicas en pro del bienestar biopsicosocial del adulto mayor ha mostrado que los centros geriátricos se han convertido en entornos protectores respecto a la ansiedad en rasgo. Ahora bien, investigaciones como la de Stefani y Feldberg (2006) plantearon que los adultos mayores que se encontraban en sus hogares poseían mayores recursos psicológicos para el afrontamiento de la vida lo cual les

provee de mejores recursos adaptativos para enfrentar los retos del día a día, lo anterior se sustenta en el hecho de que según los investigadores vivir en sus hogares repercute en el mantenimiento de la autonomía frente a la vida, lo cual se convierte en un factor protector ante el deterioro cognitivo y funcional de la adultez mayor. Por lo tanto, es de mencionar que al igual que los hogares o estancias, en los centros geriátricos se están promoviendo estos recursos psicológicos y adaptativos que le permiten al adulto mayor un desarrollo dinámico y favorable del ciclo de envejecimiento disminuyendo la ansiedad como respuesta negativa frente a su esquema mental y fisiológico que repercuten en las pautas de deterioro cognitivo y funcional permitiendo un envejecimiento dentro del ciclo evolutivo normal.

Dando continuidad a lo anteriormente expuesto, es de resaltar que los hogares son de vital importancia para el desarrollo normal del envejecimiento, sin embargo, los resultados obtenidos en la investigación permiten analizar que es en los hogares donde se encuentra una mayor presencia de síntomas asociados a la ansiedad; ahora bien, si se toma en cuenta lo referido por Placeres, León y Delgado (2011) quienes manifiestan la importancia de la familia en el envejecimiento, toda vez que plantean que el cohabitar con la familia le permite al adulto mayor desempeñar roles esenciales para la dinámica del hogar lo cual le posibilita mantener en constante estimulación cognitiva sus habilidades mentales y motrices favoreciendo con ello una mayor reserva cognitiva.

Por consiguiente, es necesario resaltar los resultados obtenidos en esta investigación, puesto que no hay una diferencia significativa en los puntajes de ansiedad relacionados a las estancias de los adultos mayores evaluados, pero si se evidencia la presencia de ansiedad en

las dos muestras por lo que se hace imperioso el abordar desde el enfoque preventivo teniendo en cuenta que la ansiedad al presentarse ya como un trastorno se asocia con una discapacidad significativa y una angustia que son independientes de los trastornos comorbidas, y la mayoría de los adultos no institucionalizados por este trastorno tiene una discapacidad entre moderada y grave (APA, 2014, p.225). Por consiguiente, investigaciones como las de Hein et al (2004) asocian desórdenes de ansiedad y la mortalidad encontrado en hombres adultos mayores. Desórdenes de ansiedad diagnosticados tenían el 87 % más alto el riesgo de mortalidad más de 7 años de continuación. Las asociaciones entre la ansiedad y la mortalidad en hombres permanecieron después del ajuste para la depresión comorbidas, las variables explicativas (la actividad, fumar, bebida, el índice de masa de cuerpo) y embrolladores (la edad, el tratamiento psiquiátrico, limitaciones funcionales y enfermedades crónicas, incluyendo el problema cardíaco y el golpe). En mujeres con desórdenes de ansiedad ninguna asociación fue encontrada con la mortalidad subsecuente.

Para concluir, un entorno de significativa relevancia en la intervención psicosocial toda vez que se debe proveer a las familias de las estrategias psicológicas y sociales para el acompañamiento del adulto mayor en su vejez favoreciendo con ello entornos protectores de las enfermedades asociadas a la senectud. Así mismo, en relación a la calidad de vida es importante mencionar que a partir del año 2017 se ha establecido la Ley 1850 del 19 de julio de 2017, la cual busca proteger al adulto mayor desde un ámbito psicológico, físico, social y económico permitiendo de esta forma una mayor calidad de vida en el envejecimiento.

13. Conclusiones

1. Los datos en el Inventario de la Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE), demuestran que no existe una diferencia estadísticamente significativa respecto a las dos variables (Rasgo y Estado) entre los adultos mayores que viven en el hogar geriátrico Mi Dulce Hogar y Mamá Carmela, en relación a las estancias de hogares familiares de los barrios Galán y Ariguany de la ciudad de Villavicencio, es decir, que los resultados obtenidos refieren que el lugar de residencia no influye significativamente en la presencia de ansiedad en los adultos mayores.
2. Al realizar el análisis de las dos muestras independientes no hay diferencia significativa, pero en los resultados obtenidos en la ansiedad Rasgo reflejan que en el grupo de adultos mayores no institucionalizados hay una leve probabilidad para que presenten un nivel de ansiedad media. Por lo tanto, es probable que se relacione a las formas de afrontamiento que presentan ante situaciones que consideran amenazantes en su ciclo vital.
3. Los resultados de la ansiedad nos orientan no solamente para la cuantificación de datos, sino también para la implementación de medidas para la prevención y reducción de trastornos psicológicos en la etapa de adultez tardía, haciendo énfasis en la prevención de ansiedad puesto que está relacionada con la incidencia de enfermedades cardiovasculares.

14. Recomendaciones

Esta investigación nos permite indagar acerca de aspectos fundamentales desde el enfoque preventivo para la promoción de una calidad de vida integra en la adultez tardía, por lo tanto se recomienda:

1. Implementar asistencia psicosocial y el restablecimiento de las redes de apoyo a los adultos mayores que se encuentran en los hogares familiares y geriátricos para el fortalecimiento del vínculo familiar, como estrategia de afrontamiento ante las dinámicas que presenta la adultez tardía.
2. En las investigaciones expuestas se relaciona la ansiedad con la enfermedad cardiovascular, por lo que se hace necesario capacitar al personal de salud en sus diferentes especialidades en la detección de los trastornos psicológicos.
3. Continuar con investigaciones direccionadas a la detención de Ansiedad en el adulto mayor, puesto que son mínimas las fuentes de consulta para dar un manejo desde el enfoque de la prevención y diagnóstico de la ansiedad en la adultez tardía.

15. Bibliografía

Acosta, C y García, R. (2007). *Ansiedad y Depresión en adultos mayores*. Psicología y salud, 17(2), 291-300. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/714/1257>

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5R). (2014). 5a Ed. Arlington: Editorial Médica Panamericana.

Boggio, M. (2011). *Ansiedad en el adulto mayor*. Revisión bibliográfica. . *Portales Médicos.com*. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3649/1/Ansiedad-en-el-adulto- mayor-Revision-bibliografica.html>

Cabrera, I y Montorio, I. (2009). *Ansiedad y envejecimiento*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 44(2): 106-111. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-ansiedad-envejecimiento-S0211139X09000341>

Cardona, J. Álvarez, M y Pastrana, E. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012*. Revista ciencias de la salud, 12(2): 139-55. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/3074/2465>

Canto, H y Castro, E. (2004). *Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo*. Enseñanza e investigación en psicología, 9(2) 257 – 270. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29290204>

Casado, M. (1994). *Ansiedad, Stress y Trastornos psicofisiológicos (Tesis doctoral)*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid – España. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4005801.pdf>

Domínguez, S., Villegas, G., Sotelo, N y Sotelo, L. (2012). *Revisión psicométrica del inventario de ansiedad estado-rasgo (idare) en una muestra de universitarios de lima metropolitana*. Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social, 1(1) 45-54. Recuperado de <http://revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/88/96>

Espada, J. (1995). *Estudio de perfiles diferenciales de ansiedad a través del I.S.R.A. (Tesis Doctoral)*. Universidad complutense de Madrid, Madrid – España. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4008701.pdf>

Hein, P., Aartjan, T., Beurs, E., Comijs, H., Marwijk, H., Haan, M., Tilburg, W & Deeg, D. (2014). *Anxiety and the risk of death in older men and women*. Revista The British Journal of Psychiatry, 185 (5), 399-404. Recuperado de <http://bjp.rcpsych.org/content/185/5/399>

Juan, S., Etchebarne, I., Gómez, M y Roussos, A. (2011). *Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales*. Revista de la sociedad argentina de psicoanálisis, 14 (), páginas 197 - 219. Recuperado de <http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/2771/roussos27.pdf?sequence=1>

Lacasa, R. (s.f). *Como enfrentar la ansiedad en la tercera edad*. Recuperado de <https://www.todosobrelaansiedad.com/como-enfrentar-la-ansiedad-en-la-tercera-edad/>

Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Congreso de La República de Colombia. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Ley 1251 de 2008. Icbf. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm

Ley 1315 de 2009. Congreso de La República de Colombia. Recuperado de <https://colombia.justia.com/nacionales/leyes/ley-1315-de-2009/gdoc/>

Ley 1850 de 2017. Congreso de La República de Colombia. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201850%20DEL%2019%20DE%20JULIO%20DE%202017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2014-2024*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>

Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A & Márquez, M. (2001). *Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad*. Revista Mapfre medicina, 2001, 12(1) 9 - 26. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/f8/8.2.6-5231/ansiedad.pdf>

Organización Mundial De la Salud OMS (2015). *Envejecimiento y Salud*. Boletín de prensa Nota descriptiva N° 404. Septiembre del 2015. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

Organización Mundial de la Salud OMS (2015a). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la salud. (2018). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Organización Panamericana de la Salud OPS (2006). *Vinculan la ansiedad intensa con el riesgo de morir en adultos mayores de una población multiétnica*. Revista Panamericana de Salud Pública. 19 (5) Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2006.v19n5/349-349>

Papalia, D., Feldman, R & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México D.F: Mc Graw Hill.

Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, Rivero, R., García, L y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma psicológica* 15(1) 43-73. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>

Placeres J., León L y Delgado I. (2011). *La familia y el Adulto Mayor*. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 472-483. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v33n4/spu10411.pdf>

Posada, J., Buitrago, J., Medina y Rodríguez, M. (2006). *Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia*. *NOVA*. 4 (). 33-41. Recuperado de http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA6_ARTORIG2.pdf

Resolución No. 8430 de 1993. *Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud*. Ministerio de salud. (2003). Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Reyes, J. (s.f). *Trastornos de ansiedad guía practica para diagnóstico y tratamiento*.

Recuperado de

<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

Rodríguez, N. (2007). *Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos*. *Psicología y psicopedagogía*. 17. 1-8 recuperado de http://www.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/factores_que_influyen_sobre_la_calidad_de_vida.pdf

Rojas, A. (2011). *Calidad de vida, calidad ambiental y sustentabilidad como conceptos urbanos complementarios*. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 21(61) 176-207. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/705/70538663003.pdf>

Semana. (2017). *Ser adulto mayor en Colombia, todo un karma*. Recuperado de

<http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/calidad-de-vida-de-los-adultos-mayores-en-colombia-2017/527154>

Shong, A y Ruíz, J. (2012). *Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 28(2), 79-86. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009

Sierra, J., Ortega, V y Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Mal-estar E Subjetividad. 3(1) 10 - 59. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>

Spielberger, C y Díaz, R. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México D.F: El manual moderno. Recuperado de

http://cmapspublic.ihmc.us/rid=1M6S292K6-1PPPBSY-RB/manual_idare.pdf

Stefani, D y Feldberg, C. (2006). *Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados*.

Anales de psicología 22 (2) 267-272. Recuperado de

<http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/25951/25191>

Tobal, J y Cano, A. (1985). *Evaluación de respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras de ansiedad*. Revista Informes de psicología, 4() 249-259. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Cano-Vindel/publication/230577091_Evaluacion_de_respuestas_fisiologicas_cognitivas_y_motoras_de_ansiedad_Evaluation_of_physiological_cognitive_and_motor_anxiety_responses/links/02bfe512de13c8ee5f000000/Evaluacion-de-respuestas-fisiologicas-cognitivas-y-motoras-de-ansiedad-Evaluation-of-physiological-cognitive-and-motor-anxiety-responses.pdf

16. Anexos

Estudio Comparativo de la Ansiedad en Adultos Mayores Institucionalizados y No Institucionalizados en Villavicencio-Meta



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado (a) con cedula de ciudadanía N° _____ mayor de edad y en uso de mis facultades mentales, doy fé de mi consentimiento libre y voluntario para participar y ser tenido en cuenta dentro de la muestra de la investigación “**Estudio Comparativo de la Ansiedad en Adultos Mayores Institucionalizados y No Institucionalizados en Villavicencio – Meta**”, realizada por las estudiantes, Maria Isabel Gutiérrez Oyuela, identificada con C.C 1.110.526.669 y Lina María Bohórquez Quintero, identificada con C.C 1.121.845.810 estudiantes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, bajo la asesoría y/o el acompañamiento profesional del docente Elkin Rodrigo Lozada Celis Ps., Esp. Docente del programa de psicología de UNIMINUTO, identificado con C.C 1.102.717.599 y T.P 129667 de COLPSIC.

Con respecto a la información recolectada, autorizo a las estudiantes a publicar los resultados obtenidos en cualquier medio de divulgación científica o académica, guardando la confidencialidad de los datos de identificación.

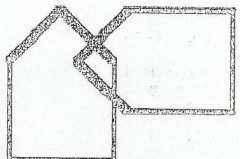
Aclaro que antes de dar mi consentimiento libre y voluntario, se me ha explicado cada uno de los procedimientos, normas, costos, beneficios, posibles inconvenientes y el manejo ético y responsable de la información recopilada, y que la medición no tendrá ningún efecto secundario, ni adverso en el proceso terapéutico que esté llevando si este fuera el caso. Dichas consideraciones están establecidas en la Ley número 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones en el título II disposiciones generales, artículo 2, numeral 9; Capítulo VII de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones.

En constancia firmo,


C.C

MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO
 Primera versión en Castellano del Mini-Mental Status Examination (MMSE, Folstein y cols., 1975)
 Versiones de 35 puntos (MEC-35) y 30 puntos (MEC-30)

Paciente..... Edad.....
 Ocupación..... Escolaridad..... Examinado por..... Fecha.....

ORIENTACION	PUNTOS (Máx.)
"Dígame el día..... Fecha..... Mes..... Estación..... Año....."	..... (5)
"Dígame el Hospital (o el lugar)..... Planta..... Ciudad..... Provincia..... Nación....."	..... (5)
FIJACION	
"Ahora, por favor, le voy a pedir que repita estas 3 palabras: Peseta-Caballo-Manzana " (Repítalas hasta que las aprenda y contar los intentos, n°.....) "Acuérdese de ellas, porque se las preguntaré dentro de un rato".	..... (3)
CONCENTRACION Y CALCULO	
"Si tiene 30 pts. y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando".....	..... (5)
"Repita los números que voy a decirle: 5-9-2" (hasta que los aprenda y contar los intentos, n°.....) "Ahora repita los números hacia atrás, empezando por el último".....	..... (3)
MEMORIA	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?".....	..... (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCION	
"Mostrar un bolígrafo: "¿Qué es esto?" Repítelo con el reloj: "¿Qué es esto?".....	..... (2)
"Repita esta frase: En un trigal había cinco perros".....	..... (1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?. Se parecen en que son frutas. ¿Qué son (o en qué se parecen) el rojo y el verde? ¿Qué son (o en qué se parecen) un perro y un gato?".....	..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y péngalo ancha de la mesa".....	..... (3)
"Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS.....	..... (1)
"Escriba una frase (algo que tenga sentido)".....	..... (1)
"Copie este dibujo":	..... (1)
	..... (1)
Un punto por cada respuesta correcta. *Se suprimen para la versión de 30 ítems.....	
PUNTUACION TOTAL (35) PUNTUACION TOTAL (30)*	
Nivel de consciencia (Marcar): Alerta Obnubilación Estupor Coma	

(*) Lobo y cols.: *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 3: 169-202. Fav *Psiquiatr Med* 1980; 3: 39-57. *Arch Gen Psychiatry*, 1995; 52: 497-506)



IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero


SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

D.R. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39



4 489000 028027

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.** 0515

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora n.ºm. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc
06100 México, D.F.

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.**

17. Resumen analítico especializado con fines de publicación RAE

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de grado para optar al título de Psicólogo.
2. **TITULO:** Ansiedad Rasgo – Estado en el Adulto Mayor Institucionalizado y no Institucionalizado en la Ciudad de Villavicencio, Meta: Un estudio comparativo.
3. **AUTORES:** María Isabel Gutiérrez Oyuela, Lina María Bohórquez Quintero.
4. **LUGAR:** Villavicencio, Meta.
5. **FECHA:**
6. **PALABRAS CLAVE:** Adulto mayor, Ansiedad, Envejecimiento primario y secundario, Geriátrico.
7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** El presente estudio está dirigido a comparar los niveles de ansiedad en rasgo y estado en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en Villavicencio - Meta, para el cual, se utilizó el instrumento psicométrico Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE), para el estudio se empleó un enfoque cuantitativo con diseño comparativo transversal; la selección de la muestra se realizó por modelo no probabilístico y por conveniencia, en los cuales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de ansiedad Rasgo- Estado entre los grupos.
8. **LINEA DE INVESTIGACIÓN:** Desarrollo Humano y Comunicación.

9. **METODOLOGIA:** Esta investigación es de enfoque cuantitativo con diseño comparativo- transversal; la selección de la muestra se realizará por modelo no probabilístico y por conveniencia.
10. **CONCLUSIONES:** Los datos en el Inventario de la Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE), demuestran que no existe una diferencia estadísticamente significativa respecto a las dos variables (Rasgo y Estado) entre los adultos mayores que viven en el hogar geriátrico Mi Dulce Hogar y Mamá Carmela, en relación a las estancias de hogares familiares de los barrios Galán y Ariguany de la ciudad de Villavicencio, es decir, que los resultados obtenidos refieren que el lugar de residencia no influye significativamente en la presencia de ansiedad en los adultos mayores. Al realizar el análisis de las dos muestras independientes no hay diferencia significativa, pero en los resultados obtenidos en la ansiedad Rasgo reflejan que en el grupo de adultos mayores no institucionalizados hay una leve probabilidad para que presenten un nivel de ansiedad media. Por lo tanto, es probable que se relacione a las formas de afrontamiento que presentan ante situaciones que consideran amenazantes en su ciclo vital.