

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Características generales y nivel de ansiedad en los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2015

Autor:

YORNY JUSTO RODRÍGUEZ

Trabajo de Investigación para obtener el Título
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2015

DEDICATORIA

Mi Eterna Gratitud:

A Dios, por la fortaleza, voluntad y
templanza que recibo de él todos los días

A mis padres, por su sabiduría,
su apoyo y sobre todo su interminable paciencia.

A mis padrinos, quienes son
un modelo y unos grandes guías en mi carrera.

A todos aquellos que influyeron
en mi vida y me enseñaron el camino.

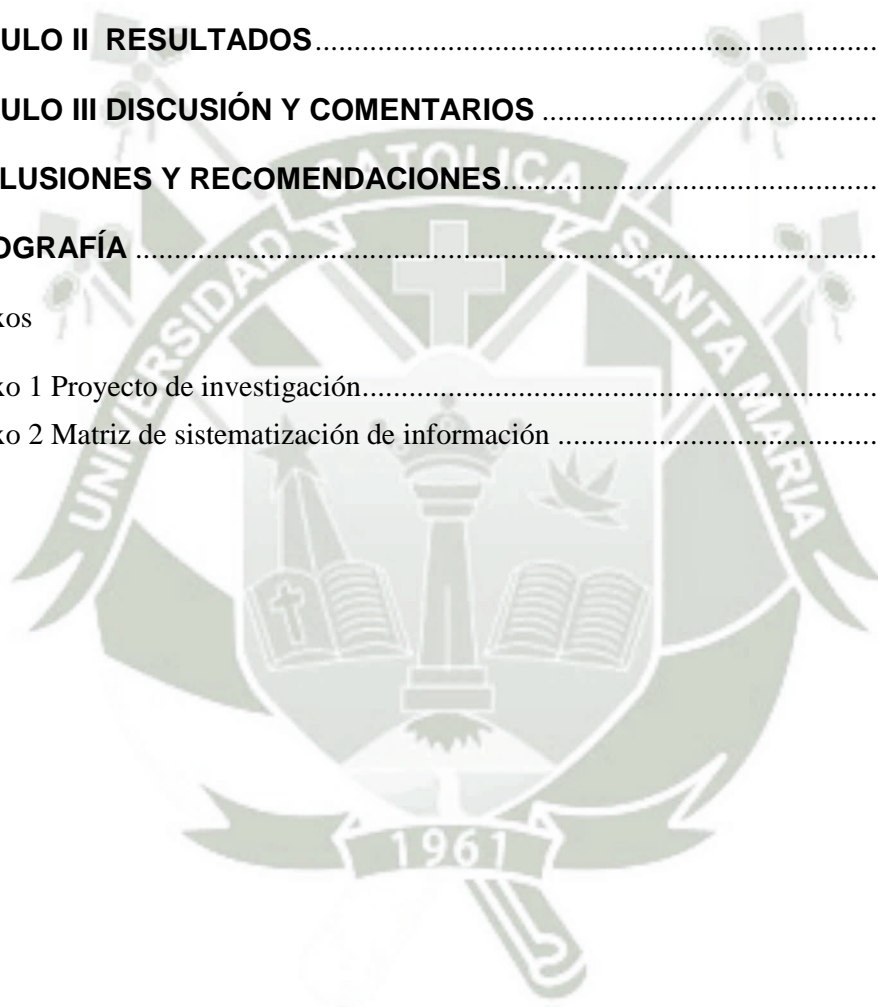


*El médico que
no entiende de almas
no entenderá de cuerpos.*

José Narosky

INDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	12
CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	39
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	48
Anexos	
Anexo 1 Proyecto de investigación.....	52
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	102



RESUMEN

La población geriátrica se está incrementando, y constituye un grupo de riesgo para desarrollar trastornos del estado de ánimo, por lo cual se determinó las características generales y los niveles de ansiedad en los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del hospital III Yanahuara, motivo por el cual se encuestó una muestra de 160 pacientes, aplicando una ficha de datos y el inventario de ansiedad de Beck (BAI). Se muestran resultados mediante estadística descriptiva obteniendo los siguientes resultados 33.13% de pacientes geriátricos tuvo niveles mínimos de ansiedad y el 50% niveles moderados; el 16.88% tuvo niveles clínicamente relevantes, con 14.38% de ansiedad moderada y 2.50% con ansiedad grave. La mayor proporción de pacientes tuvo entre 65 y 69 años (25.63%), el 29.38% fueron varones y 70.63% fueron mujeres. El 25.63% de casos no tuvieron instrucción, 18.13% tuvieron educación primaria, 26.25% tenían educación secundaria, sólo 2.50% de pacientes tenían educación superior técnica y 27.50% educación universitaria. El 9.38% de casos fueron solteros, 53.13% eran casados, 30% viudos y 7.50% divorciados. Un 93.75% vivía acompañado y 6.25% vivía solo, además se encontró dependencia funcional en 6.88% de casos. Un 11.88% de adultos mayores no tuvieron enfermedades relevantes, y el 30% tuvo dos patologías, 25.63% tres y 10% 4 enfermedades; el 12.50% de casos no recibía medicación, 26.88% tomaba un medicamento, 29.38% dos, 15% tres, 8.75% cuatro medicamentos, y 7.50% toma cinco a más medicinas. La ansiedad clínicamente relevante se relacionó más con la baja instrucción, el ser divorciado o viudo, vivir solo, el mayor número de enfermedades y de medicamentos. Finalmente se concluyó que existe una alta frecuencia de ansiedad en pacientes geriátricos, y se relaciona a ciertas características sociales de los mismos.

PALABRAS CLAVE: adulto mayor – características demográficas – ansiedad – escala de Beck.

ABSTRACT

The elderly population is increasing, and is a group of risk for mood disorder thus it was determined that, the general characteristics and levels of anxiety in older adults presenting to hospital Geriatrics III Yanahuara, whereby a sample of 160 patients were surveyed, applying a data sheet and the Beck Anxiety Inventory (BAI). Results are shown using descriptive statistics. Getting the following results 33.13% of geriatric patients had minimum levels of anxiety and 50% moderate levels; 16.88% had clinically relevant levels, 14.38% of moderate anxiety and 2.50% severe anxiety. The greater proportion of patients had between 65 and 69 years (25.63%), the 29.38% were male and 70.63% were women. 25.63% of the cases had no formal education, 18.13% primary education, 26.25% secondary education, only 2.50% of patients had higher technical education and university education 27.50%. The 9.38% of cases were single, 53.13% married, 30% widowed and divorced 7.50%. 93.75% live accompanied and 6.25% live alone, and functional dependence was found in 6.88% of cases. A 11.88% of seniors do not had relevant diseases, and 30% had two diseases, 25.63% had three and 10% has 4 diseases; 12.50% of cases not received medication, took a drug 26.88%, 29.38% two, 15% three, 8.75%, four drugs and 7.50% took five to more drugs. The clinically relevant anxiety is related more to the low education, were divorced or widowed, lived alone and more diseases or drugs. Finally was concluded that there is a high frequency of anxiety in elderly patients, and is related to certain social characteristics thereof.

KEYWORDS: elderly - demographics - anxiety - Beck anxiety inventory.

INTRODUCCIÓN

Las personas normalmente expresan preocupaciones y temores de diversa índole, cuando se enfrentan a situaciones amenazantes produciéndoles respuestas de estrés pero cuando estos temores y preocupaciones adoptan sensaciones subjetivas de tensión más o menos intensa e intranquilidad difusa estaríamos frente a los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son, en conjunto, uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en todos los grupos de edad. En las personas de edad avanzada parece existir esta misma tendencia.

El presente trabajo surge de la observación de un gran número de adultos mayores que acuden a la consulta geriátrica por diversas patologías así tenemos enfermedades cardiovasculares, osteomusculares, endocrinológicas, que sumado a esto presentan una aparente tensión o intranquilidad al acudir a la consulta médica.

Por ello veo la necesidad de investigar la presencia de niveles de ansiedad que se presentan en los pacientes geriátricos.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que la ansiedad en el adulto mayor se manifestó de forma oligosintomática además perdió parte de sus componentes clínicos, predominando los síntomas somáticos, a su vez pudimos observar con mayor frecuencia hiperactividad e inquietud en los adultos mayores. Cabe mencionar que los pacientes que llegaron a

percibir cierto nivel de malestar emocional tendieron a justificar dicho estado asumiendo que era como consecuencia, de problemas familiares, disminución en la velocidad que realizaba sus actividades cotidianas o simplemente malestares naturales propios de la edad.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en el Inventario de Ansiedad de Beck (Anexo 2).

Materiales:

- Ficha de recolección de datos, inventario de Beck para ansiedad.
- Impresión de los instrumentos
- Material de escritorio.
- Computadora portátil.
- Sistema Operativo Windows 7.
- Paquete Office 2010 para Windows.
- Programa SPSS para Windows v.21.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en los consultorios externos de geriatría, del hospital III Yanahuara, ubicado en la avenida

Emmel y Zamácola s/n en el distrito de Yanahuara, departamento de Arequipa, provincia y ciudad de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El presente estudio se realizó de manera coyuntural en el mes de marzo del 2015.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes mayores de 60 años que solicitaron atención al consultorio externo de geriatría asignados a la red asistencial del hospital III Yanahuara.

Población: La población estuvo conformada por los pacientes de ambos sexos mayores de 60 años que fueron atendidos en el consultorio externo de geriatría durante el mes de marzo 2015 en el hospital III Yanahuara.

Muestra: La elección de la muestra estuvo conformada por pacientes tomados de la población accesible de manera consecutiva y que cumplan los criterios de inclusión, en número de 160. El tipo de muestreo es directo no probabilístico: por conveniencia.

Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión**

- Pacientes de ambos sexos de 60 años o más, atendidos en consultorios externos de geriatría en el hospital III Yanahuara.
- Pacientes que acepten participar en la investigación.
- Aceptación voluntaria en el estudio.

- **Exclusión**

- Pacientes con alteraciones en la visión.
- Pacientes portadores de enfermedad terminal.
- Pacientes que usen medicación psicotrópica
- Pacientes con deterioro cognitivo.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio Observacional, transversal.

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio descriptivo.

5. **Estrategia de Recolección de datos**

5.1. **Organización**

Se acudió a la oficina de admisión para solicitar el permiso para acceder a las unidades de estudio.

Se ubicó a las unidades de estudio sean mujeres y varones que cumplan con los requisitos de inclusión. Al total de unidades de estudio se aplicó la ficha de recolección de datos y el test de ansiedad de Beck.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. **Validación de los instrumentos**

El Inventario de Ansiedad de Beck es un breve cuestionario auto

administrado con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y que viene siendo utilizado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual.

Antecedentes y bases conceptuales: El Inventario de ansiedad de Beck (BAI), por sus siglas en inglés Beck Anxiety Inventory fue creado por Aaron T. Beck en el año de 1988 cuyo nombre en su versión original es: Beck Anxiety Inventory (BAI) publicado en 1988 y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos, describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión siendo este uno de los motivos más importantes para la elección del mismo.

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ha sido validado en numerosos estudios y tiene numerosos estudios que lo validan así tenemos:

Versión española del test de ansiedad de Beck Autor Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández publicado el test en su adaptación española en 2011

Interpretación

Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como método de detección temprana en población general.

No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población

normal y ansiedad ni entre depresión y ansiedad. En estudios comparativos con las principales escalas de depresión y ansiedad Inventario de depresión de Beck, escala de depresión de Hamilton, Escala de ansiedad de Hamilton, listado de pensamientos y escala de desesperanza (4, 7), se han encontrado unos índices de correlación mayores con aquellas que valoran ansiedad, frente a las que valoran depresión, lo que avalaría su utilización para valorar ansiedad.

El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25, DE 11,4 (7) y en sujetos normales 15, DE 11,8 (8). Somoza y cols han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Osman determinó que en sujetos sin patología se obtiene una puntuación media de 13,4 con una D.E. de 8,9. No obstante, no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada.

Según los autores, el inventario debe ser utilizado en clínica e investigación acompañado por otros cuestionarios como el inventario de Depresión de Beck o las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton y constituiría una herramienta más para la valoración de Ansiedad. En un análisis comparativo realizado por Piotrowski en 1999 (11) encontró que era el tercer test más utilizado para valorar ansiedad.

Se ha mostrado apropiada para valorar cambios tras el tratamiento (6).

Los ítems referidos a síntomas físicos de la ansiedad están sobrerrepresentados y la validación del test está realizada en pacientes con trastorno de pánico. No discrimina adecuadamente entre desórdenes de

ansiedad y depresiones ansiosas (6).

Cada uno de los elementos del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de sus cuatro aspectos relevantes:

1. Subjetivo (por ejemplo, “no puedo relajarme”).
2. Neurofisiológico (por ejemplo, “entumecimiento u hormigueo”).
3. Autónomo (por ejemplo: "sensación de calor”).
4. Pánico (por ejemplo, “miedo a perder el control”).

El BAI sólo requiere un nivel básico de lectura, lo cual permitirá mayor practicidad al momento de realizarlo. En personas mayores se puede utilizar en personas que no tengan discapacidad intelectual, y puede completarse en 5-10 minutos utilizando un formulario de papel y un lápiz. Debido a la relativa simplicidad del inventario, también se puede administrar por vía oral para personas con discapacidad visual.

La prueba puede ser administrada por personal no profesional, pero debe utilizarse e interpretarse únicamente por profesionales con la formación y experiencia clínica adecuada.

Administración e interpretación del inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Se le pide al sujeto objeto de la evaluación que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas a lo largo de la semana anterior. Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo).

El clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

Puntuaciones totales	
0-7	Nivel mínimo de ansiedad
8-15	Nivel leve de ansiedad
16-25	Nivel moderado de ansiedad
26-63	Nivel severo de ansiedad

El clínico debe examinar además cada elemento específico para determinar si los síntomas aparecen mayoritariamente en el ámbito

subjetivo, neurofisiológico, autónomo o relacionado con el pánico al objeto de determinar: las causas subyacentes de la ansiedad y establecer así unas pautas de tratamiento adecuadas.

Usos Clínicos y de Investigación

El inventario de ansiedad de Beck puede utilizarse para evaluar y establecer una línea base de ansiedad, como una ayuda para el diagnóstico clínico, o para detectar la eficacia del tratamiento a medida que avanza, y como medida de resultado post- tratamiento.

Otras ventajas del BAI incluyen:

- ✓ Su rápida y fácil administración
- ✓ La repetibilidad.
- ✓ La discriminación entre los síntomas de la ansiedad y la depresión,
- ✓ La capacidad para poner de relieve la conexión entre la mente y el cuerpo en aquellas personas que buscan ayuda para reducir su ansiedad
- ✓ Una probada validez en diferentes idiomas, culturas y grupos de edad.

Algunos investigadores han sugerido que los ítems del BAI pueden ser menos sensibles a los síntomas secundarios a un trauma, más sensibles a trastornos de pánico de lo que es a los síntomas de otros trastornos de ansiedad, y sugieren la necesidad de establecer normas de interpretación

separadas para hombres y mujeres.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2013).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2013 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.21.0.



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Tabla 1

Distribución de pacientes geriátricos según nivel de ansiedad de Beck

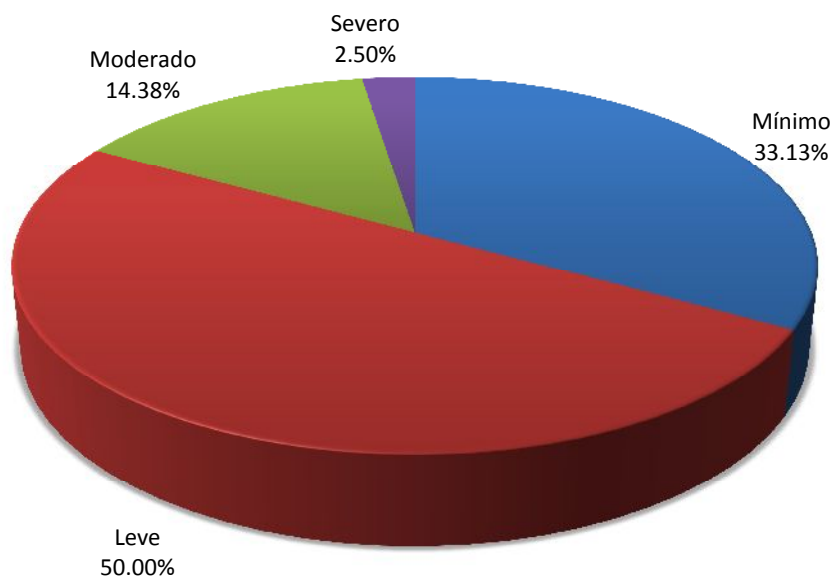
	N°	%
Mínimo	53	33.13%
Leve	80	50.00%
Moderado	23	14.38%
Severo	4	2.50%
Total	160	100.00%

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra los resultados de la aplicación del inventario de ansiedad de Beck en la muestra estudiada; el 33.13% de pacientes geriátricos tuvo niveles mínimos de ansiedad, el 50% niveles moderados; el 16.88% tuvo niveles clínicamente relevantes, con 14.38% de ansiedad moderada y 2.50% con ansiedad grave.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 1

Distribución de pacientes geriátricos según nivel de ansiedad de Beck



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Tabla 2

Distribución de pacientes geriátricos según edad y nivel de ansiedad

Edad (años)	Total		Mínimo		Leve		Moderado		Severo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
60-64 a	24	15.00%	17	70.83%	5	20.83%	2	8.33%	0	0.00%
65-69 a	41	25.63%	15	36.59%	17	41.46%	5	12.20%	4	9.76%
70-74 a	30	18.75%	6	20.00%	16	53.33%	8	26.67%	0	0.00%
75-79 a	35	21.88%	9	25.71%	21	60.00%	5	14.29%	0	0.00%
80-84 a	23	14.38%	4	17.39%	16	69.57%	3	13.04%	0	0.00%
85-89 a	4	2.50%	2	50.00%	2	50.00%	0	0.00%	0	0.00%
90 a	3	1.88%	0	0.00%	3	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	160	100.00%	53	33.13%	80	50.00%	23	14.38%	4	2.50%

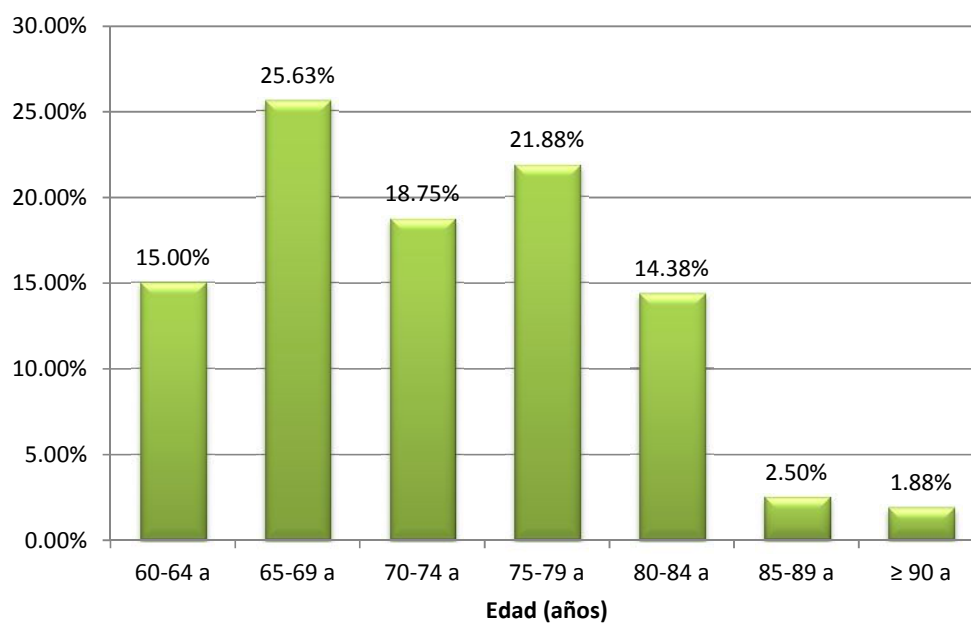
G. libertad = 18 p = 0.0016

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra la distribución de pacientes según edad y los niveles de ansiedad. La mayor proporción de pacientes tuvo entre 65 y 69 años (25.63%), y se aprecia que hubo mayor proporción de niveles ansiedad moderados y altos entre los pacientes de menor rango de edad: el 26.67% de pacientes de 70 a 74 años tuvo ansiedad moderada, y 9.76% de pacientes de 65 a 69 años tuvo ansiedad severa, mientras que en los demás grupos de edad predominó la ansiedad leve o mínima.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 2 A

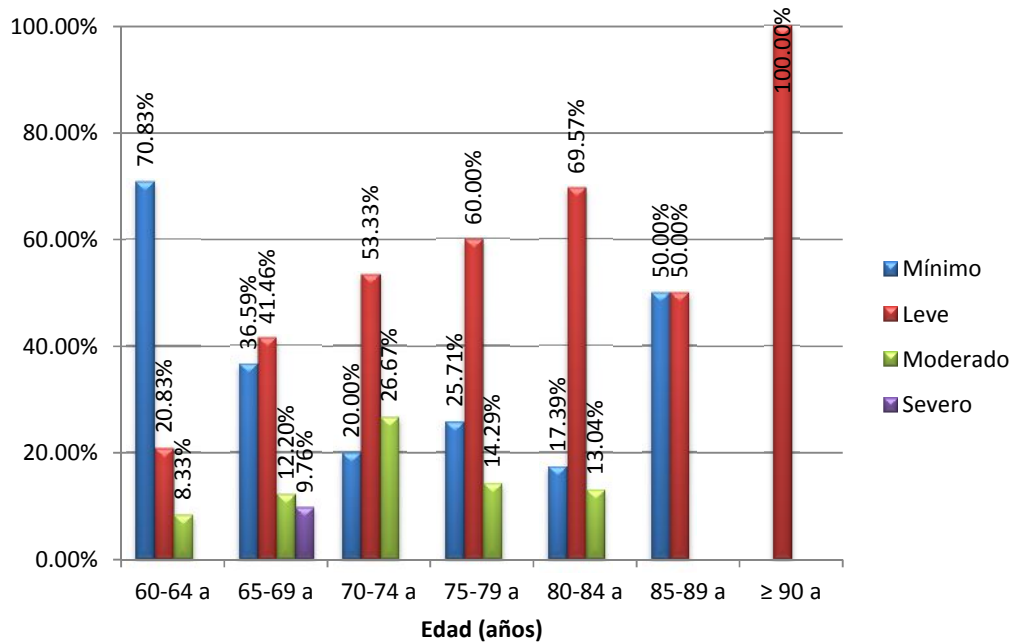
Distribución de pacientes geriátricos según edad



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 2 B

Distribución de pacientes geriátricos según edad y nivel de ansiedad



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Tabla 3

Distribución de pacientes geriátricos según sexo y nivel de ansiedad

Sexo	Total		Mínimo		Leve		Moderado		Severo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Varones	47	29.38%	18	38.30%	25	53.19%	4	8.51%	0	0.00%
Mujeres	113	70.63%	35	30.97%	55	48.67%	19	16.81%	4	3.54%
Total	160	100.00%	53	33.13%	80	50.00%	23	14.38%	4	2.50%

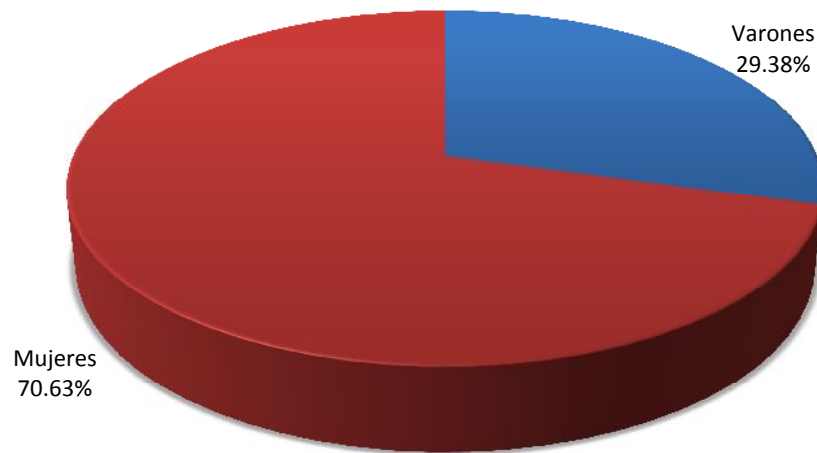
3 libertad = 3 $p = 0.2692$

En la **Tabla y Gráfico 3** se observa la distribución de pacientes según sexo y nivel de ansiedad; el 29.38% de pacientes fueron varones y 70.63% fueron mujeres; entre este último grupo se presentó mayor ansiedad moderada (16.81%) o severa (3.54%) que en los varones (8.51% clínicamente relevante).

**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 3 A

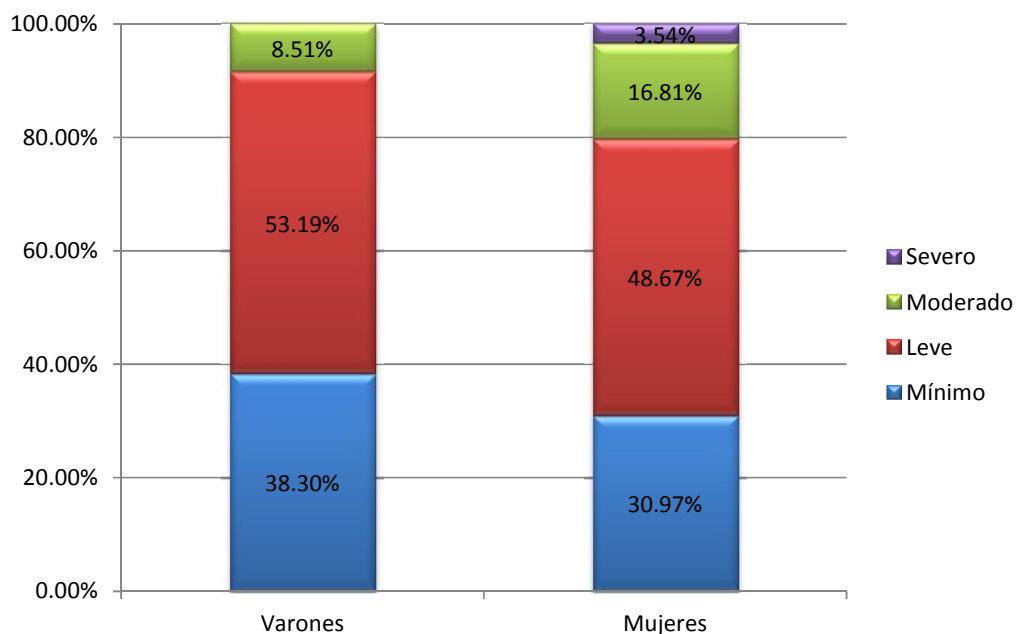
Distribución de pacientes geriátricos según sexo



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 3 B

Distribución de pacientes geriátricos según sexo y nivel de ansiedad



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Tabla 4

Distribución de pacientes geriátricos según nivel de instrucción y nivel de ansiedad

Instrucc.	Total		Mínimo		Leve		Moderado		Severo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Iletrado	41	25.63%	12	29.27%	19	46.34%	8	19.51%	2	4.88%
Primaria	29	18.13%	5	17.24%	19	65.52%	5	17.24%	0	0.00%
Secundaria	42	26.25%	13	30.95%	21	50.00%	8	19.05%	0	0.00%
Técnica	4	2.50%	2	50.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	50.00%
Universitaria	44	27.50%	21	47.73%	21	47.73%	2	4.55%	0	0.00%
Total	160	100.00%	53	33.13%	80	50.00%	23	14.38%	4	2.50%

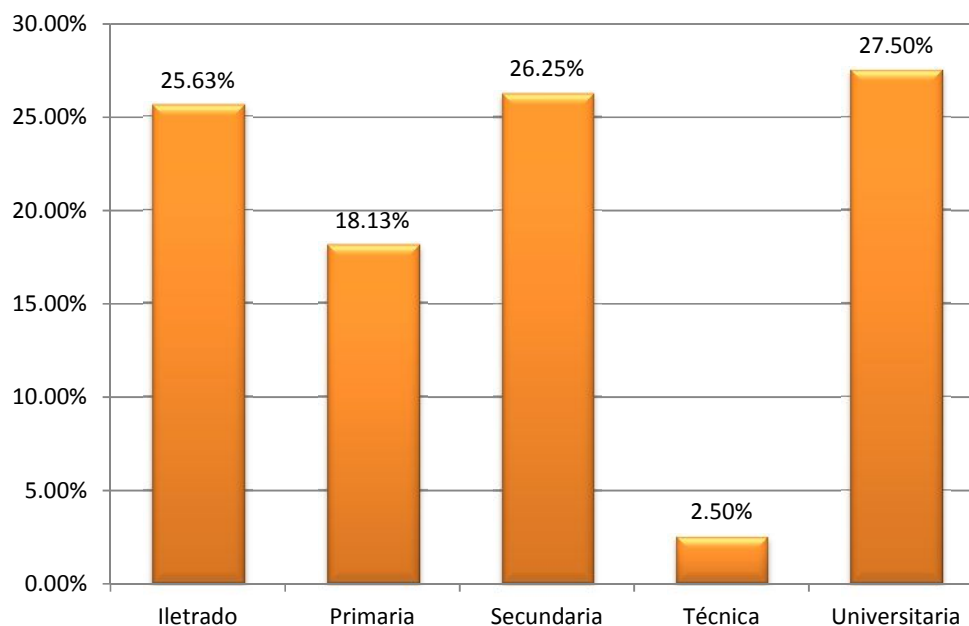
G. libertad = 12 p < 0.0001

En la **Tabla y Gráfico 4**; El nivel de instrucción de los pacientes y nivel de ansiedad el 25.63% de casos no tuvieron instrucción, 18.13% tuvieron educación primaria, 26.25% tenían educación secundaria, sólo 2.50% de pacientes tenían educación superior técnica y 27.50% educación universitaria.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 4 A

Distribución de pacientes geriátricos según nivel de instrucción



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 4 B

Distribución de pacientes geriátricos según nivel de instrucción y nivel de ansiedad



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Tabla 5

Distribución de pacientes geriátricos según estado civil y nivel de ansiedad

E. civil.	Total		Mínimo		Leve		Moderado		Severo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	15	9.38%	9	60.00%	4	26.67%	0	0.00%	2	13.33%
Casado	85	53.13%	27	31.76%	44	51.76%	12	14.12%	2	2.35%
Viudo	48	30.00%	14	29.17%	28	58.33%	6	12.50%	0	0.00%
Divorciado	12	7.50%	3	25.00%	4	33.33%	5	41.67%	0	0.00%
Total	160	100.00%	53	33.13%	80	50.00%	23	14.38%	4	2.50%

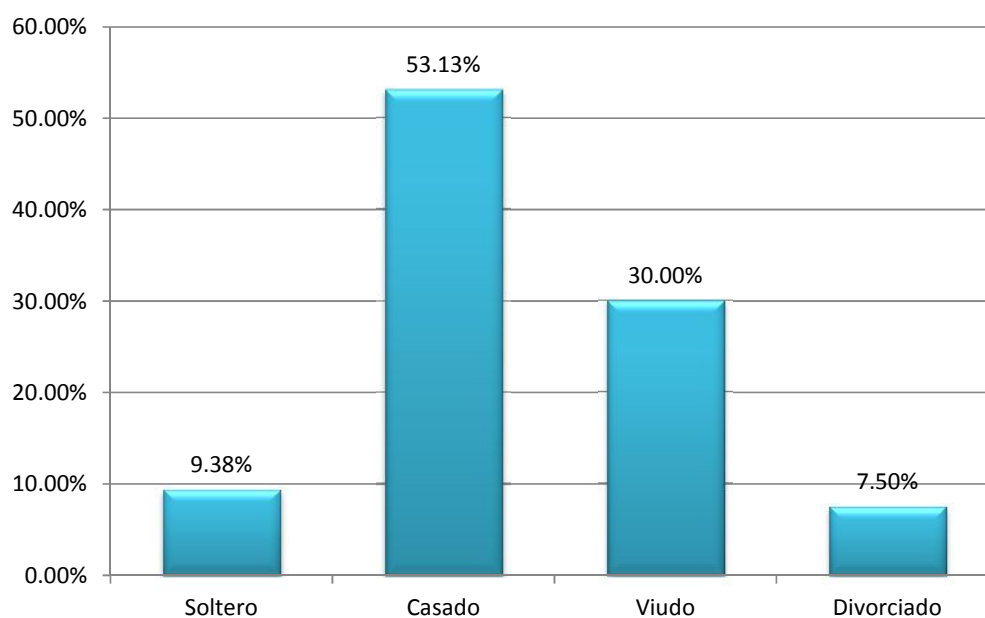
$\chi^2 = 22.5$ G. libertad = 9 $p = 0.0045$

En la **Tabla y Gráficos 5** se aprecia la distribución de pacientes según estado civil y su relación con la ansiedad. El 9.38% de casos fueron solteros, 53.13% eran casados, 30% viudos y 7.50% divorciados.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 5 A

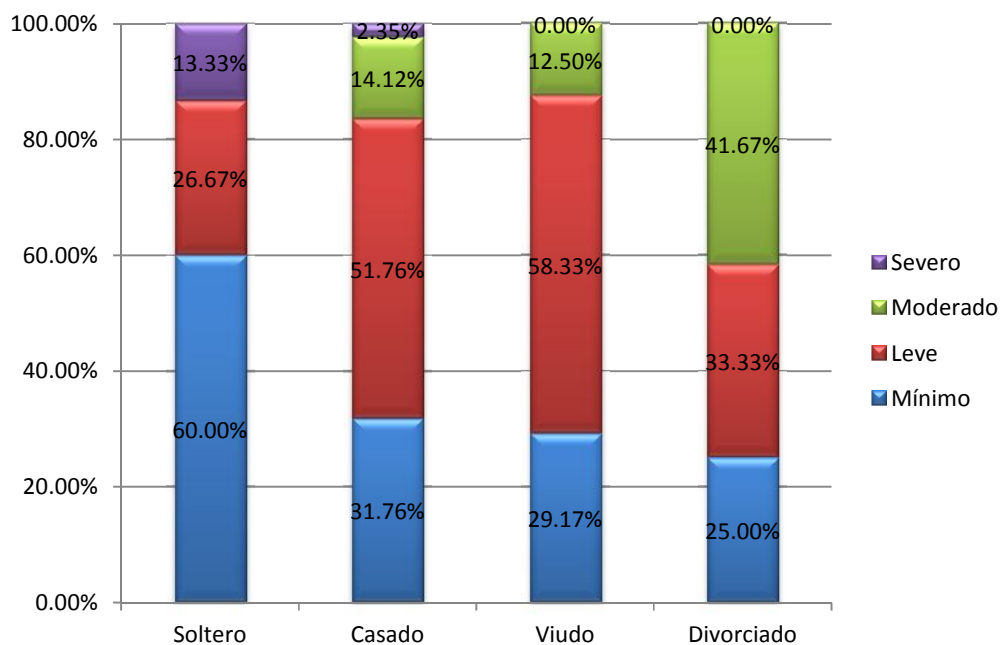
Distribución de pacientes geriátricos según estado civil



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 5 B

Distribución de pacientes geriátricos según estado civil y nivel de ansiedad



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Tabla 6

Distribución de pacientes geriátricos según convivencia y nivel de ansiedad

Convive	Total		Mínimo		Leve		Moderado		Severo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Acompañado	150	93.75%	53	35.33%	73	48.67%	22	14.67%	2	1.33%
Solo	10	6.25%	0	0.00%	7	70.00%	1	10.00%	2	20.00%
Total	160	100.00%	53	33.13%	80	50.00%	23	14.38%	4	2.50%

7.60

libertad = 3

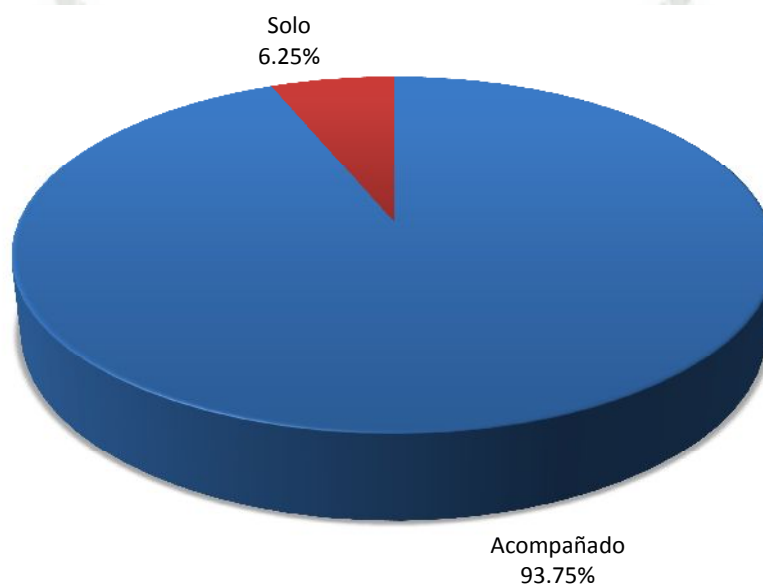
p = 0.0005

La **Tabla y Gráfico 6**; la convivencia de los pacientes geriátricos se muestra el 93.75% de casos vive acompañado y 6.25% vive solo

**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 6 A

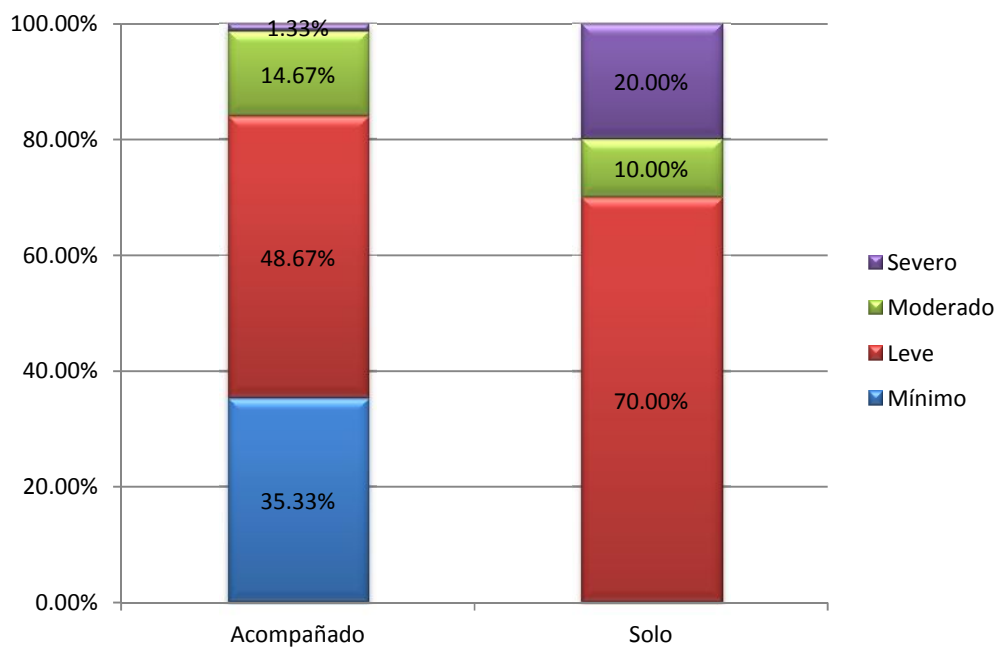
Distribución de pacientes geriátricos según convivencia



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 6 B

Distribución de pacientes geriátricos según convivencia y nivel de ansiedad



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Tabla 7

Distribución de pacientes geriátricos según dependencia funcional y nivel de ansiedad

Dependenc.	Total		Mínimo		Leve		Moderado		Severo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin ayuda	149	93.13%	49	32.89%	75	50.34%	21	14.09%	4	2.68%
Con ayuda	11	6.88%	4	36.36%	5	45.45%	2	18.18%	0	0.00%
Total	160	100.00%	53	33.13%	80	50.00%	23	14.38%	4	2.50%

.50 libertad = 3 $p = 0.9188$

Tabla y Gráfico 7. La dependencia funcional de los pacientes geriátricos se encontró en 6.88% de casos, aunque la ansiedad fue similar a aquellos sin dependencia: el 14.09% de casos sin dependencia funcional tiene ansiedad moderada, al igual que 18.18% de casos con dependencia, no obstante el 2.68% del primer grupo tiene ansiedad severa

**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 7 A

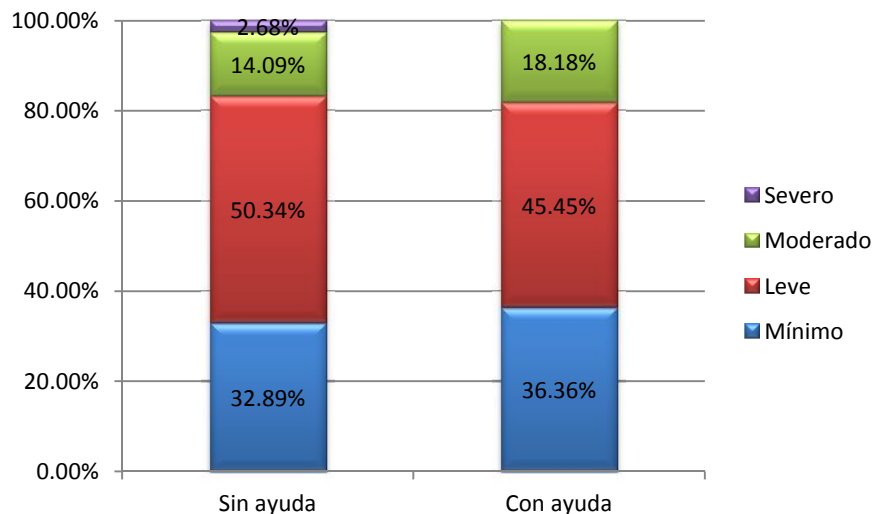
Distribución de pacientes geriátricos según dependencia funcional



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 7 B

**Distribución de pacientes geriátricos según dependencia funcional y
nivel de ansiedad**



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Tabla 8

Distribución de pacientes geriátricos según número de enfermedades y nivel de ansiedad

N° enfermed.	Total		Mínimo		Leve		Moderado		Severo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin enferm.	19	11.88%	16	84.21%	3	15.79%	0	0.00%	0	0.00%
1 enferm.	30	18.75%	11	36.67%	15	50.00%	4	13.33%	0	0.00%
2 enferm.	48	30.00%	20	41.67%	22	45.83%	4	8.33%	2	4.17%
3 enferm.	41	25.63%	6	14.63%	27	65.85%	6	14.63%	2	4.88%
4 enferm.	16	10.00%	0	0.00%	11	68.75%	5	31.25%	0	0.00%
5 a más	6	3.75%	0	0.00%	2	33.33%	4	66.67%	0	0.00%
Total	160	100.00%	53	33.13%	80	50.00%	23	14.38%	4	2.50%

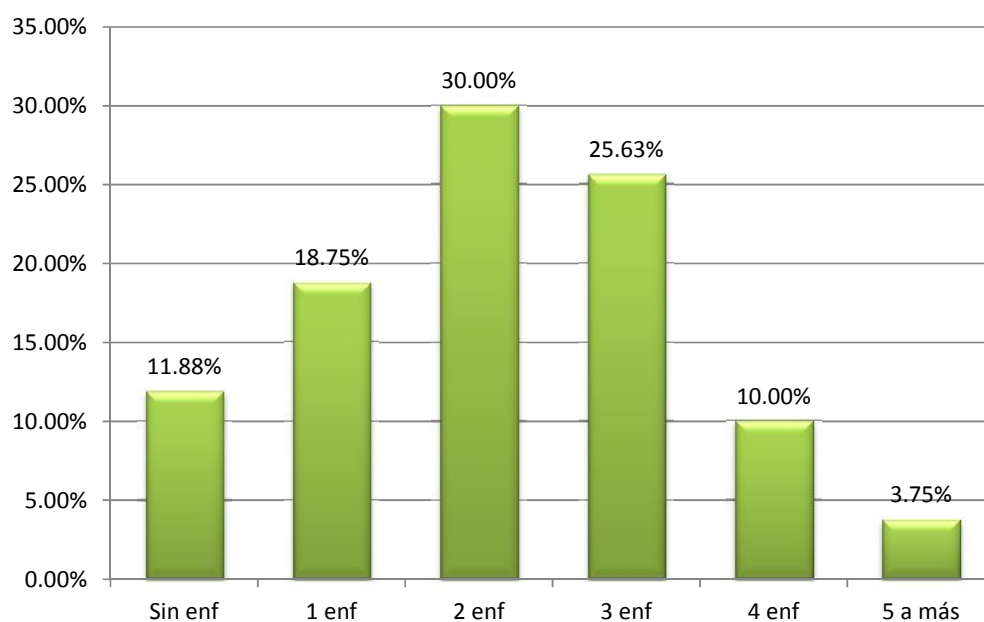
Chi cuadrado = 15 p < 0.0001

En la **Tabla y Gráfico 8** se observa la presencia de enfermedades médicas y la relación con los niveles de ansiedad; se encontró que 11.88% de adultos mayores no tienen enfermedades relevantes, el 30% tiene dos patologías, 25.63% tiene tres y 10% tiene 4 enfermedades, con sólo 3.75% que presenta cinco a más patologías.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 8 A

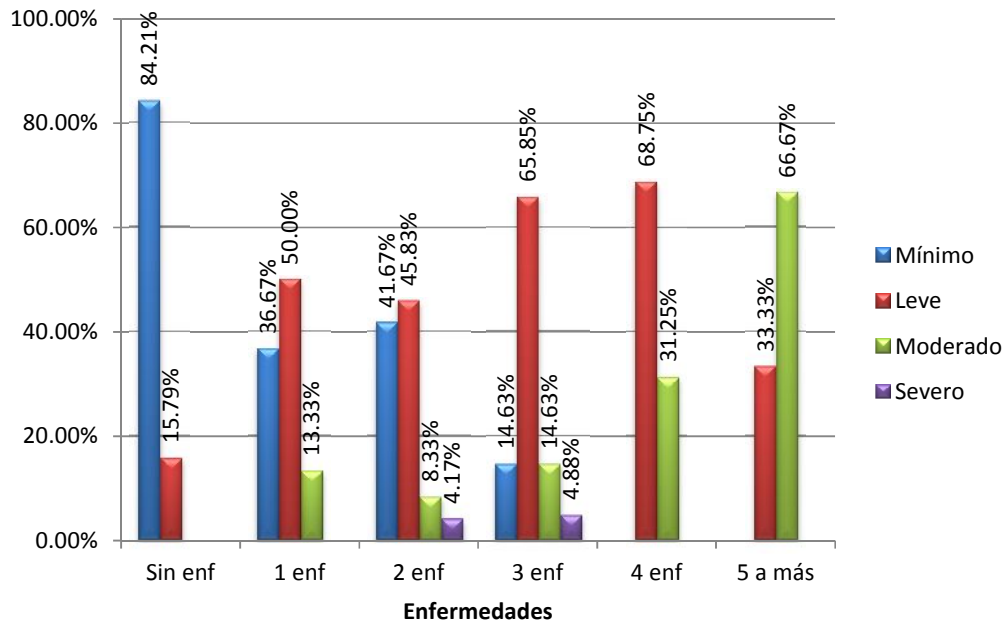
Distribución de pacientes geriátricos según número de enfermedades



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 8 B

Distribución de pacientes geriátricos según número de enfermedades y nivel de ansiedad



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Tabla 9

**Distribución de pacientes geriátricos según número de medicamentos
y nivel de ansiedad**

N° medicam.	Total		Mínimo		Leve		Moderado		Severo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No usa	20	12.50%	17	85.00%	3	15.00%	0	0.00%	0	0.00%
1 med	43	26.88%	18	41.86%	21	48.84%	4	9.30%	0	0.00%
2 med	47	29.38%	12	25.53%	27	57.45%	8	17.02%	0	0.00%
3 med	24	15.00%	2	8.33%	13	54.17%	7	29.17%	2	8.33%
4 med	14	8.75%	2	14.29%	12	85.71%	0	0.00%	0	0.00%
5 a más	12	7.50%	2	16.67%	4	33.33%	4	33.33%	2	16.67%
Total	160	100.00%	53	33.13%	80	50.00%	23	14.38%	4	2.50%

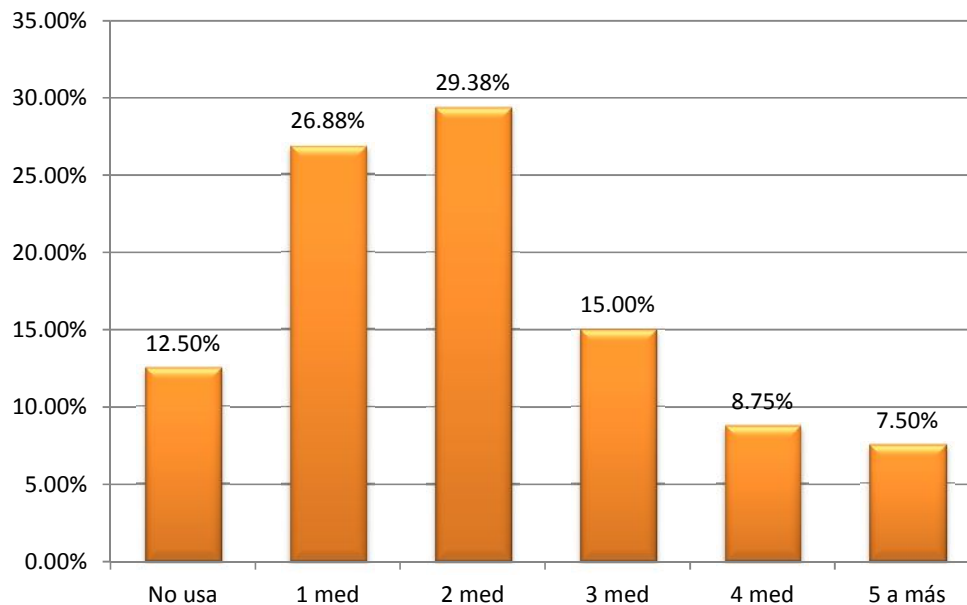
Chi cuadrado = 15 p < 0.0001

La **Tabla y Gráficos 9** muestran la distribución de adultos mayores según medicación recibida; el 12.50% de casos no recibe medicación, 26.88% toma un medicamento, 29.38% toma dos, 15% toma tres, 8.75% toma cuatro medicamentos, y 7.50% toma de cinco a más medicinas.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 9 A

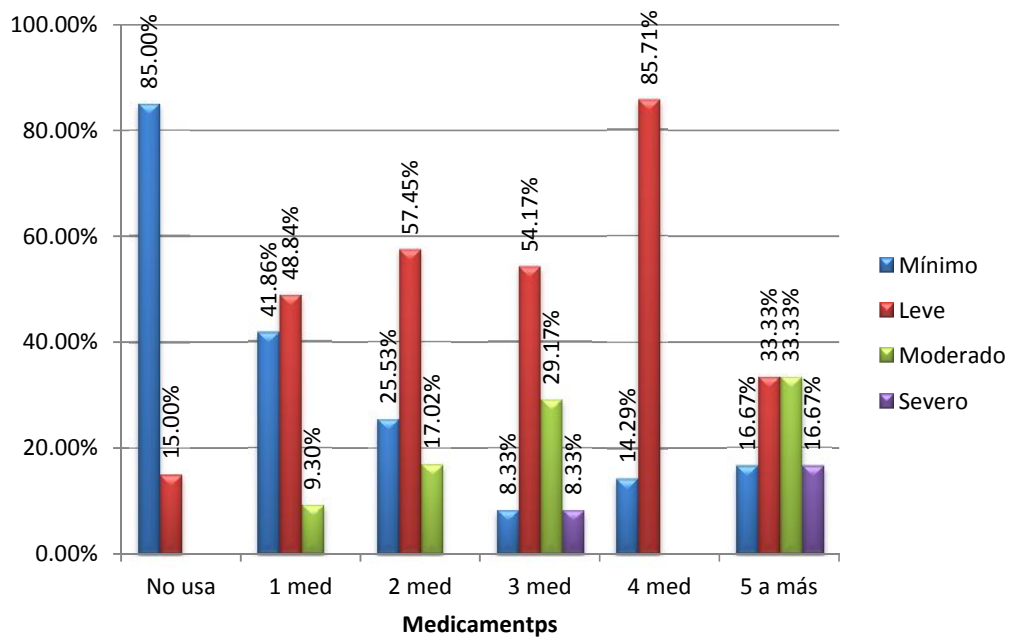
Distribución de pacientes geriátricos según número de medicamentos



**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL III YANAHUARA
AREQUIPA 2015**

Gráfico 9 B

**Distribución de pacientes geriátricos según número de medicamentos
y nivel de ansiedad**



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar las características generales y los niveles de ansiedad de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del hospital III Yanahuara. Se realizó la presente investigación debido a que existen muy pocos datos acerca de los trastornos de ansiedad en las personas mayores y poder obtener mayor información en este campo de estudio.

(Para tal fin se encuestó a una muestra no probabilística de 160 pacientes que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos y el inventario de ansiedad de Beck (BAI). Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra los resultados de la aplicación del inventario de ansiedad de Beck en la muestra estudiada; el 33.13% de pacientes geriátricos tuvo niveles mínimos de ansiedad y el 50% niveles moderados; el 16.88% tuvo niveles clínicamente relevantes, con 14.38% de ansiedad moderada y 2.50% con ansiedad grave.

Comparando con el estudio Los trastornos de ansiedad en la edad adulta que estratifica la muestra por edad y sexo, el cual cifra su prevalencia en 10,2%. Clásicamente se han asociado a unos denominados factores de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, vivir en soledad,

enfermedad crónica concomitante y limitación funcional), que también se corroboran en este estudio 4. Beekman

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra la distribución de pacientes según edad y sus niveles de ansiedad. La mayor proporción de pacientes tuvo entre 65 y 69 años (25.63%), y se aprecia que hubo mayor proporción de niveles moderados a altos de ansiedad entre los pacientes de menor rango de edad: el 26.67% de pacientes de 70 a 74 años tuvo ansiedad moderada, y 9.76% de pacientes de 65 a 69 años tuvo ansiedad severa, mientras que en los demás grupos de edad predominó la ansiedad leve o mínima.

En el estudio de Blazer determino que la prevalencia de los trastornos de ansiedad a partir de los 65 años tiende a disminuir con la edad

Así pues esto podría suponer que una generación más ansiosa sustituye a una generación de menor nivel de ansiedad, mismo que ejerciera, en cierta manera, un papel protector ante la ansiedad, efecto que estaría mediado por las modificaciones biológicas del envejecer, por una menor sensibilidad emocional, por poseer un mayor y mejor control de las emociones, por un proceso de inmunización psicológica al estrés o por la conjunción de varios de estos motivos. o pudiera ser que el propio envejecimiento ejerciera Trastornos de ansiedad en el anciano.

En la **Tabla y Gráfico 3** se observa la distribución de pacientes según sexo y su relación con la ansiedad; el 29.38% de pacientes fueron varones y 70.63% fueron mujeres; entre este último grupo se presentó mayor ansiedad

moderada (16.81%) o severa (3.54%) que en los varones (8.51% clínicamente relevante).

Comparando con el estudio ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores donde se encontró los siguientes resultados los 333 adultos mayores evaluados (N = 250, 81.08%) fueron mujeres y solo 12 adultos mayores (N= 83, 18.91%) fueron hombres,

El nivel de instrucción de los pacientes y su relación con la ansiedad se muestran en la **Tabla y Gráfico 4**; el 25.63% de casos no tuvieron instrucción, 18.13% tuvieron educación primaria, 26.25% tenían educación secundaria, sólo 2.50% de pacientes tenían educación superior técnica y 27.50% educación universitaria. Se observó una mayor ansiedad en pacientes con educación técnica (50% de ellos), mientras que en los que tenían menor educación predominó la ansiedad moderada (19.51% entre iletrados, 17.24% en aquellos con educación primaria, 19.05% en pacientes con educación secundaria, y sólo 4.55% de pacientes con educación superior.

Este estudio concuerda con estudio Los trastornos de ansiedad en la edad adulta: un informe del Estudio Longitudinal de Envejecimiento de Amsterdam donde se encontró que el Trastorno de ansiedad generalizada fue el trastorno más común (7,3%), seguido de los trastornos fóbicos (3,1%). Tanto el trastorno de pánico (1,0%) y el trastorno obsesivo compulsivo (0,6%) fueron raras a su vez menciona Los factores de vulnerabilidad (sexo femenino, los niveles más bajos de educación

En la **Tabla y Gráficos 5** se aprecia la distribución de pacientes según estado civil y su relación con la ansiedad. El 9.38% de casos fueron solteros, 53.13% eran casados, 30% viudos y 7.50% divorciados. En este último grupo se observó mayor ansiedad moderada (41.67%), pero solo en los solteros hubo ansiedad severa, que se encontró en 13.33% de éstos.

Comparando con el estudio Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad con respecto al estado civil de los mismos se obtuvo los siguientes valores 63,3% de las personas estaban casadas, un 33% viudas, el 2,8 % solteras y 0,9 % separadas. De los cuales las personas solteras y separadas obtuvieron valores de ansiedad moderada y severa.

La convivencia de los pacientes geriátricos se muestra en la **Tabla y Gráfico 6**; el 93.75% de casos vive acompañado y 6.25% vive solo; entre estos últimos se alcanzaron mayores niveles de ansiedad: 20% con ansiedad severa, 10% con ansiedad moderada, mientras que en aquellos que viven acompañados el 14.67% tuvo sólo ansiedad moderada.

Estos valores guardan relación con la literatura (1,2) donde se ha asociado a los llamados factores de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, vivir en soledad, enfermedad crónica concomitante y limitación funcional)

La dependencia funcional de los pacientes geriátricos se encontró en 6.88% de casos, aunque la ansiedad fue similar a aquellos sin dependencia: el 14.09% de casos sin dependencia funcional tiene ansiedad moderada, al

igual que 18.18% de casos con dependencia, y 2.68% del primer grupo tiene ansiedad severa (**Tabla y Gráfico 7**).

Como fue puesto en manifiesto uno de los llamados factores de vulnerabilidad Agüera Ortiz L y Cervilla Ballesteros en Psiquiatría Geriátrica Ed Luis Agüera Ortiz es la dependencia funcional la cual al requerir de una tercera persona para realizar sus actividades predominantemente relacionadas a alguna dificultad en el desplazamiento, incrementan sus niveles de ansiedad presumiblemente por sentirse con menor utilidad en el ámbito familiar.

En la **Tabla y Gráfico 8** se observa la presencia de enfermedades médicas y la relación con los niveles de ansiedad; se encontró que 11.88% de adultos mayores no tienen enfermedades relevantes, y el 30% tiene dos patologías, 25.63% tiene tres y 10% tiene 4 enfermedades, con sólo 3.75% que presenta cinco a más patologías. Se observó también una mayor proporción de ansiedad moderada conforme aumentaban las patologías: de 0% en los que no tenían enfermedades, a 13.33% en los que tienen una, 14.63% en los que tienen tres, 31.25% en los que tienen cuatro, y 66.67% entre los que tienen seis a más enfermedades.

Los valores obtenidos guardan relación con la literatura Guía de buena práctica clínica en geriatría pedro gil Gregorio Manuel Martín Carrasco Sociedad Española De Gerontopsiquiatría Y Psicogeriatría Como bien sabemos En geriatría es importante tener en cuenta que la ansiedad puede ser la primera manifestación clínica de un trastorno subyacente

manifestándose únicamente como síntoma. En algunas ocasiones configurará un trastorno específico ligado a una enfermedad médica

Finalmente, la **Tabla y Gráficos 9** muestran la distribución de adultos mayores según medicación recibida; el 12.50% de casos no recibe medicación, 26.88% toma un medicamento, 29.38% toma dos, 15% toma tres, 8.75% toma cuatro medicamentos, y 7.50% toma de cinco a más medicinas. La relación con los niveles de ansiedad muestra que a mayor número de medicamentos, mayor ansiedad: ningún paciente sin medicación presenta ansiedad, 9.30% de aquellos con un medicamento tiene ansiedad moderada, 17.02% con dos medicamentos, 29.17% con tres, y 33.33% con cinco a más medicinas.

Los valores obtenidos guardan relación con la literatura Guía de buena práctica clínica en geriatría Pedro Gil Gregorio Manuel Martín Carrasco Sociedad Española de Gerontopsiquiatría Y Psicogeriatría Como bien sabemos la ansiedad inducida por fármacos se relaciona generalmente con la intoxicación o la abstinencia sin embargo en el anciano dosis terapéuticas de determinados fármacos pueden producir efectos secundarios de diversa índole entre ellos los trastornos de ansiedad.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera. Los adultos mayores que acuden al servicio de Geriatría del Hospital III Yanahuara son predominantemente mujeres, con edades menores a los 80 años, con importante proporción de iletrados o con educación primaria, la mayoría casados y que viven acompañados, sin dependencia funcional, con dos a más enfermedades médicas que requieren de dos a más medicamentos.

Segunda. El nivel de Ansiedad en los adultos mayores que acuden al servicio de Geriatría del hospital III Yanahuara es severo en 2.50% y moderado en 14.38%, y se relaciona más con la baja instrucción, el ser divorciado o viudo, vivir solo y el mayor número de enfermedades o de medicamentos.

RECOMENDACIONES

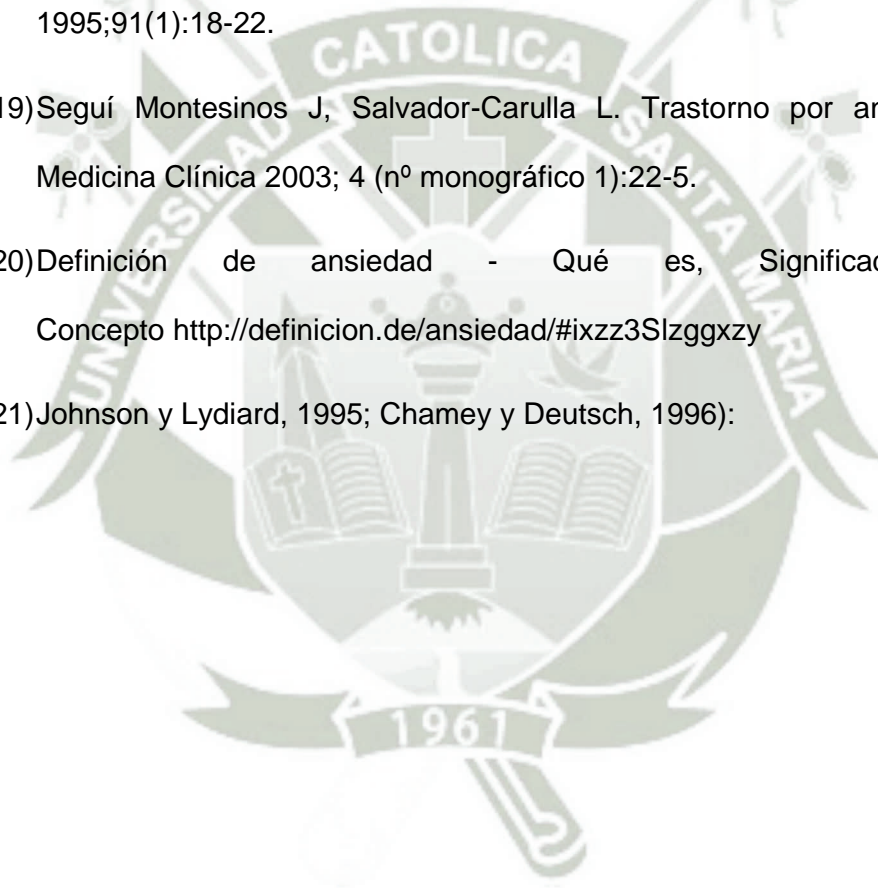
- Primera.** Difundir los resultados obtenidos al jefe del servicio de geriatría del hospital III Yanahuara en relación al nivel de ansiedad que presentan los pacientes que acuden al consultorio de la mencionada especialidad.
- Segunda.** Realizar más estudios de investigación en el ámbito local sobre ansiedad en adultos mayores debido a que existe muy poca información de estos trastornos en la ancianidad.
- Tercera.** La necesidad de elaboración de instrumentos sencillos con la finalidad de detectar la predisposición de ansiedad moderada o severa durante la evaluación de los pacientes geriátricos.
- Cuarta:** Crear estrategias para poder manejar los trastornos de ansiedad en los adultos mayores teniendo en cuenta los factores de vulnerabilidad de los mismos.

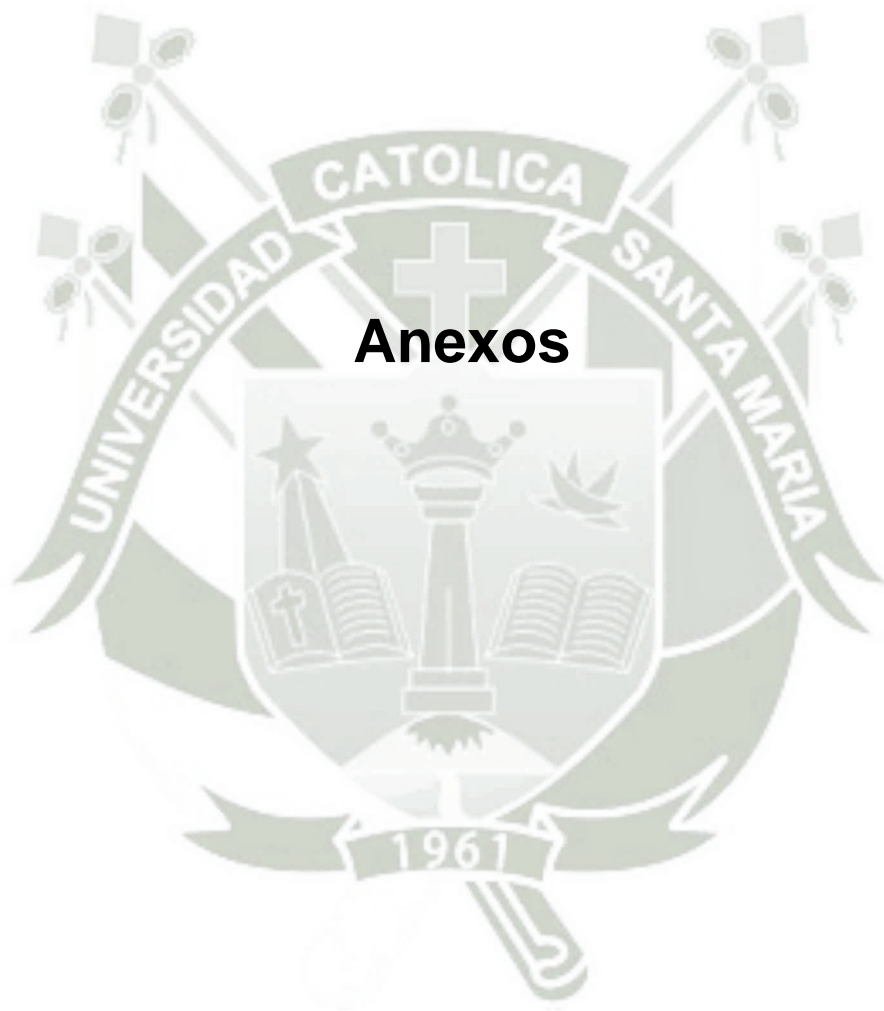
BIBLIOGRAFÍA

- 1) Millan Calenti Gerontología y Geriatria. Valoración e Interpretación pag Ed Medica Panamericana 2011 p.06-09
- 2) Agüera Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J. Psiquiatría Geriátrica. Barcelona: Ed. Masson, S.A., 2002; p. 469-98
- 3) M Jiménez, N Gálvez - Tratado de geriatría para residentes. Sociedad 2007 - segg.es
- 4) Guía de buena práctica clínica en geriatría pedro gil Gregorio. Manuel Martín Carrasco Sociedad Española De Gerontopsiquiatría Y Psicogeriatría
- 5) FISHER J, NOLL P. Anxiety in older adults. En: L Carstensen, B Edelstein, P Dornbraud (ed), Handbook of clinical gerontology. Oaks: Sage, 1996; 304-323.
- 6) Trastornos de ansiedad. Curso virtual.
<http://www.eme17/ans/ansiedad.html>
- 7) Beekman ATF, Bremmer MA, Deeg DJH, Van Balkom AJLM, Smit JH. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. Int J Geriatr Psychiatry 1998;13:717-26.
- 8) KRAMER M, et al. One -month prevalence of mental disorders in the United States: based on five epidemiologic catchment area sites. Arch Gen Psychiatry,1988; 45: 977-986.

- 9) SHEIKH J I. Anxiety disorders. En: J Sadovoy, L LLazarus, L F Jarvick, T Grossberg, Comprehensive reviewof geriatric psychiatry. Washington, D C: American Psychiatric Press, Inc (US), 1996; 2.^a ed.
- 10)American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV).Washington, D C: APA, 1994; 4
- 11)BARLOW D H. The nature of anxiety: anxiety, depression and emotional disorders. En: R M Rapee, D H Barlow, Chronic anxiety: Generalized Anxiety Disorderand Mixed Anxiety-Depression. New York:
- 12)MONTORIO I, NUEVO R, IZAL M, LOSADA A. Preocupaciones y personas mayores: La Escala de Preocupaciones para Personas Mayores. Utilidad para la evaluación de la Ansiedad Generalizada. V Congreso Nacional de Psicología Conductual. Vitoria, España, 1998.
- 13)ACIERNO R, HERSEN M, VAN HASSELT, V B. Anxiety-Based Disorders. En: M Hersen, V B Van Hasselt, Psychological Treatment of Older Adults: An In-troductory
- 14)BROWN T A, BARLOW D H, LIEBOWITZ M R. The Empirical Basis of Generalized Anxiety Disorder. Am J Psychiatry, 1994; 151:
- 15)Jiménez Rojas C. Cuadros de ansiedad secundaria a patología orgánica. En: Serrano Garijo, P. Trastornos de ansiedad en el anciano. Madrid: Ed. Sociedad Madrileña de Geriatria y Gerontología, 1998; p. 81-9.

- 16) Krasucki C, Howard R, Mann A. The relationship between anxiety disorders and age. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:79-99.
- 17) Lauderdale SA, Sheik JI. Anxiety disorders in older adults. *Clin Geriatr Med*, 2003;19 (4):721-41.
- 18) Saz P, Copeland JRM, De la Cámara C, Lobo A, Dewey ME. Cross-national comparison of prevalence of symptoms of neurotic disorders in older people in two community samples. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91(1):18-22.
- 19) Seguí Montesinos J, Salvador-Carulla L. Trastorno por angustia. *Medicina Clínica* 2003; 4 (nº monográfico 1):22-5.
- 20) Definición de ansiedad - Qué es, Significado y Concepto <http://definicion.de/ansiedad/#ixzz3Slzggxzy>
- 21) Johnson y Lydiard, 1995; Chamey y Deutsch, 1996):







Anexo 1

Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Programa Profesional de Medicina
Humana



TITULO:

**“CARACTERISTICAS GENERALES Y NIVEL
DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS
MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
GERIATRIA DEL HOSPITAL III
YANAHUARA
AREQUIPA - 2015”**

Autor:

Yorny Justo Rodríguez

Para obtener el título profesional de
Médico Cirujano

Arequipa- Perú
2015

CARACTERISTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS
MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL III
YANAHUARA AREQUIPA 2015

I. PREAMBULO

Las personas normalmente expresan preocupaciones y temores de diversa índole, cuando se enfrentan a situaciones amenazantes produciéndoles respuestas de estrés pero cuando estos temores y preocupaciones adoptan sensaciones subjetivas de tensión regularmente intensas e intranquilidad difusa estaríamos frente a los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son, en conjunto, uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en todos los grupos de edad. En las personas de edad avanzada parece existir esta misma tendencia

El presente trabajo surge de la observación de un gran número de adultos mayores que acuden a la consulta geriátrica por diversas enfermedades cardiovasculares, osteomusculares, endocrinológicas, que sumado a esto presentan una aparente tensión o intranquilidad al acudir a la consulta médica.

´Por ello veo la necesidad de investigar la presencia de niveles de ansiedad que se presentan en los pacientes geriátricos.

II PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

¿Cuales son las características generales y el nivel de ansiedad en los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del hospital III Yanahuara?

1.2. Descripción del Problema

a) Área de conocimiento

General	: Ciencias de la salud
Específica	: Medicina Humana
Especialidad	: Psiquiatria
Línea	: Ansiedad

b) Análisis u Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor o Categoría	ESCALA
Ansiedad	Nivel de ansiedad de Beck	0 en absoluto 1 levemente 2 moderado 3 severo	Categorica nominal
Características Sociodemográficas	Edad	En años	Numerica discreta
	Sexo	Femenino Masculino	Categorica nominal
	Grado de Instrucción	Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario	Categorica nominal
	Estado Civil	Soltero Casado Viudo Divorciado/separado	Categorica nominal
	Personas con las que vive	Solo Acompañado	Categorica nominal
	Dependencia Funcional	SI NO	Categorica nominal
	Numero de enfermedades medicas	0-5	Numerica discreta
	Numero de medicamentos	0-5	Numerica discreta

c) Interrogantes Básicas:

¿Cuál es el nivel de Ansiedad en los adultos mayores que acuden al servicio de Geriatria del hospital III Yanahuara?

¿Cuál es el nivel de Ansiedad de acuerdo a la edad y el sexo en los adultos mayores que acuden al servicio de Geriatria del hospital III Yanahuara?

¿Cuál es el nivel de Ansiedad de acuerdo al grado de instrucción y estado civil en los adultos mayores que acuden al servicio de geriatria del hospital III Yanahuara?

¿Cuál es el nivel de Ansiedad de acuerdo al numero de personas con las que vive en los adultos mayores que acuden al servicio de Geriatria del hospital III Yanahuara?

¿Cuál es el nivel de Ansiedad de acuerdo al numero de personas con las que vive y al grado de dependencia funcional en los adultos mayores que acuden al servicio de Geriatria del hospital III Yanahuara?

¿Cuál es el nivel de Ansiedad de acuerdo al numero de enfermedades y numero de medicaciones en los adultos mayores que acuden al servicio de Geriatria del hospital III Yanahuara?

d) Tipo de Investigación: Observacional, , transversal.

e) Nivel de Investigación: Descriptivo.

1.3 JUSTIFICACION:

- ❖ **Relevancia Social:** En la actualidad observamos que la población geriátrica va en aumento y debido a la transición poblacional se estima que se incrementara en los próximos decenios y la salud mental en estos pacientes está un poco descuidada quizás debido a las múltiples patologías que pudieran presentar los pacientes.
- **Relevancia Contemporánea:** En las últimas décadas y en particular en el siglo XXI debido a la carga laboral, los avances tecnológicos, científicos y debido al rápido avance de la vida en el presente debido a la globalización. Los trastornos de ansiedad y el estrés se han incrementado de sobre manera en los adultos mayores en los últimos tiempos
- **Relevancia Científica:** Existen muy pocos datos acerca de los trastornos de ansiedad en las personas mayores por eso resulta indispensable realizar mayores estudios y obtener mas información de este campo de estudio.
- **Factibilidad:** La realización de este estudio no supone un gasto considerable, no obstante se tiene acceso a las instituciones donde se realizara el mismo.
- **Originalidad:** Existen muy pocos estudios de prevalencia de trastornos de ansiedad en gerontes ya sea en nuestro país o a nivel internacional.

2. MARCO TEORICO

2.1 Envejecimiento y Vejez

El envejecimiento es el proceso de cambios morfofuncionales que se producen en un individuo en relación con el paso del tiempo, es también un proceso complejo y diverso con diferencias dentro del propio individuo, en un individuo con respecto a otro, de una generación a otra y de una población a otra.

Teniendo como perspectivas la biología y la psicometría el envejecimiento se ha restringido a las funciones deficitarias, y se considera un deterioro de múltiples capacidades y procesos.

Hoy en día se postula una perspectiva del desarrollo humano y se cataloga como un proceso diferencial de naturaleza biológica, psicológica social y cultural, por lo cual se propone que pese que hay decline en numerosas capacidades, existe también conservación de algunas, y otras incluso pueden desarrollarse como capacidades creativas, crecimiento personal y sabiduría.

La vejez es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se consideran a los adultos mayores, solo por haber alcanzado este rango de edad, son los que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos. (2,3)

2.1.1 Teorías generales del envejecimiento

No existe una teoría capaz de explicar todos los fenómenos involucrados en el envejecimiento y muerte de los seres humanos. El conocimiento básico de los factores biológicos, psicológicos y sociológicos del proceso de envejecer es imprescindible para la comprensión de la práctica clínica en psicogeriatría.

2.1.1.1 Teorías biológicas:

Existen dos tipos de factores que dan lugar al envejecimiento, aquellos determinados por los genes envejecimiento primario, y las consecuencias de enfermedades y lesiones adquiridas durante la vida envejecimiento secundario

Las teorías cuyas bases se sientan en el envejecimiento de órganos y sistemas han puesto de manifiesto más los efectos que las causas del envejecimiento de ese modo se ha prestado especial interés a los cambios de los sistemas inmune cardiovascular. y neuroendocrino, así como al declive de la función mitocondrial.

También se han invocado la acumulación de mutaciones somáticas del DNA a lo largo de la vida y los errores en la transferencia de la información del DNA al RNA y de éste a la síntesis de proteínas como posibles mecanismos del envejecimiento

2.1.1.2 La teoría genética:

Más actual sobre el envejecimiento invoca mecanismos epigenéticos, por ejemplo, errores en la expresión de genes, asociados a la presencia de grupos de 5-metil citosina en las proximidades de las regiones

promotoras. Estos genes sólo se expresarían tras un determinado número de divisiones celulares o tras un determinado intervalo de tiempo, causando el envejecimiento.

La capacidad de programar genéticamente la muerte celular también está presente en células post mitóticas, sin capacidad de dividirse, como las neuronas. La mayor longevidad del sexo femenino se ha relacionado con las diferencias cromosómicas y genéticas entre hombre (XY) y la mujer (XX). El material genético mitocondrial, fundamental en la respiración aeróbica y en los cambios del envejecimiento se hereda directamente de la madre.

También se han relacionado con el envejecimiento los radicales libres -moléculas inestables y altamente reactivas, producto de las vías metabólicas normales, la radiación ionizante, el ozono y las toxinas químicas-, como posibles agentes de daños en el DNA, alteraciones en el colágeno y acumulación de pigmentos celulares.

2.1.1.3 La teoría autoinmune:

Sostiene, que un pequeño número de células del sistema inmune pueden mutar de tal forma, que pierden su tolerancia ante los propios antígenos corporales, dando lugar a la

muerte o lesión de una gran variedad de células, incluidas las neuronas. En la demencia de tipo Alzheimer se ha invocado la presencia de anticuerpos anti-cerebro. También se han involucrado fenómenos de autoinmunidad frente a los antígenos vasculares. (4.5)

2.1.1.4 Teorías psicológicas:

Los estudios psicológicos sobre el envejecimiento se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo (coping). Con el término cognición hacemos referencia a todo el espectro de las funciones intelectuales humanas que se han estudiado bajo distintos aspectos y denominaciones: percepción, memoria, razonamiento, toma de decisiones, resolución de problemas, integración de conocimientos complejos, etc. Especial interés se ha prestado al estudio de la memoria desde diversos modelos teóricos. Se han distinguido diversos estadios en el procesamiento de la información: memoria a corto y largo plazo, memoria primaria, secundaria y terciaria. La determinación de muchas de estas capacidades se ve sesgada por factores como la edad cronológica, el ambiente y las características de las pruebas empleadas. Con el envejecimiento, las diferencias individuales en el rendimiento cognitivo se incrementan.

Frecuentemente, las personas con niveles educativos altos y gran inteligencia muestran un mínimo declive en sus rendimientos con la edad. En general este deterioro es más

(4) Guía de buena práctica clínica en geriatría Pedro Gil Gregorio

Manuel Martín Carrasco Sociedad Española De Gerontopsiquiatría Y Psicogeriatría

(5) FISHER, J., NOLL, P. Anxiety in older adults. En: L. Carstensen, B. Edelstein, P. Dornbraud (ed), Handbook of clinical gerontology. Oaks: Sage, 1996; 304-323

acusado al enfrentarse con situaciones nuevas no relacionadas con experiencias previas. Los rendimientos intelectuales están muy influenciados por la salud física y su deterioro no es inevitable. La edad influye sobre todo en la fluidez de las habilidades, la resolución de problemas, la velocidad psicomotora y la memoria a largo plazo. Estos cambios pueden prevenirse mediante la experiencia y el ejercicio de habilidades, de tal forma que en ciertas áreas del trabajo los ancianos puedan mantener sus niveles de creatividad y productividad. La vida productiva en los últimos años refleja una renuncia a la flexibilidad en la resolución de problemas en favor de la sabiduría acumulada derivada de la experiencia. Los problemas de memoria en los ancianos se reducen sustancialmente, reestructurando las pruebas de memoria para evitar el sesgo de la atención y mediante la introducción de pruebas contextuales.

La manera en que abordemos los cambios cognitivos asociados a la edad y los medios que pongamos para remediarlos, condiciona nuestras actitudes hacia el envejecimiento y las personas ancianas. Frente a una concepción dual de los procesos cognitivos desarrollo seguido por deterioro, Perl mutter sugiere un concepto multiprocesual, en el que el deterioro no es inevitable ni universal y algunas habilidades pueden mejorarse o incluso adquirirse por primera vez a una edad avanzada. (4.5)

(4) Guía de buena práctica clínica en geriatría Pedro Gil Gregorio

Manuel Martín Carrasco Sociedad Española De Gerontopsiquiatría Y Psicogeriatría

(5) FISHER J, NOLL P. Anxiety in older adults. En: L Carstensen, B Edelstein, P Dornbraud (ed), Handbook of clinical gerontology. Oaks: Sage, 1996; 304-323

2.2. Ansiedad

2.2.1 Concepto

Ansiedad tiene su origen etimológico en el término latino “anxietas” que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida (9)

Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Para la medicina, la ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente. Cuando un individuo se encuentra en un estado de ansiedad, sus facultades de percepción aumentan ya que se registra una necesidad del organismo de aumentar el nivel de ciertos elementos que, ante la situación, están por debajo de lo normal. (20)

2.2.2 Aspectos Generales:

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por sensaciones subjetivas de tensión más o menos intensas e intranquilidad difusa. Un estado consciente comunicable de premoniciones penosas, no necesariamente relacionadas a amenazas externas. (2) El estrés temor y ansiedad tienden a ser

(09) SHEIKH J I. Anxiety disorders. En: J Sadovoy, L LLazarus, L F Jarvick, T Grossberg, Comprehensive reviewof geriatric psychiatry. Washington, D C: American Psychiatric Press, Inc (US), 1996; 2.ª ed.

(20) Definición de ansiedad - Qué es, Significado y concepto
[http:// definicion.de/ansiedad/#ixzz3Slzggxzy](http://definicion.de/ansiedad/#ixzz3Slzggxzy)

(2) Agüera Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J. Psiquiatría Geriátrica. Barcelona: Ed. Masson, S.A., 2002, p. 489-98

interactivos, los componentes principales de la ansiedad son psicológicos (tensión, temores, dificultad en la concentración, aprehensión) y somáticos (taquicardia, hiperventilación, palpitación, temores y sudoración)

Los síntomas simpaticomiméticos de ansiedad son tanto una respuesta a un estado del sistema nervioso central como un reforzamiento de este. De esta forma se crea un círculo vicioso ya que los síntomas refuerzan la reacción y la ansiedad para convertirse en autogenerada (4).

Se cree que varias manifestaciones de ansiedad no son resultado de conflictos inconscientes pero si de hábitos o patrones persistentes de comportamiento desadaptativo adquiridos por aprendizaje. Estos hábitos o maneras inapropiadas de lidiar con los problemas de la vida, or consiguiente producen ansiedad (10)

2.2.3 Clasificación:

Esta emoción compleja puede ser:

- **Primaria:** Cuando no deriva de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente.
- **Secundaria:** Cuando se acompaña de afecciones primarias psiquiátricas o médicas.

(4) Guia de buena practica clínica en geriatría pedro gil gregorio

Manuel Martín Carrasco Sociedad Española De Gerontopsiquiatría Y Psicogeriatría

(10).. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington, D.C: APA, 1994

2.3. ANSIEDAD EN EL ANCIANO

2.3.1 Definición:

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por sensaciones subjetivas de tensión de intensidad variable e intranquilidad difusa. Un estado consciente, comunicable de premoniciones penosas no necesariamente relacionadas a amenazas externas

2.3.2 Trastornos ansiedad en el anciano

Los trastornos de ansiedad en el anciano pueden manifestarse de forma atípica u oligosintomática, como ocurre con muchas enfermedades en esta población, e incluso la ansiedad como síndrome puede perder parte de sus componentes clínicos predominando en su presentación los síntomas somáticos.

Los síntomas cognitivo emocionales característicos de los trastornos de ansiedad (temor, miedo, preocupación, inseguridad, angustia) habitualmente se manifiestan en el anciano de forma imprecisa. El anciano con frecuencia no sabe describir el estado emocional que le invade, haciendo referencia a una situación indefinida de malestar general que no responde a una amenaza concreta o una sensación de miedo o temor reconocido.

Los síntomas conductuales o de comportamiento suelen ser mas evidentes. La hiperactividad o la inquietud son componentes frecuentes de la ansiedad en el anciano. A veces, la describen como una situación de inquietud interna, otras lo manifiestan en forma de hiperactividad motora (vagabundeo, movimiento repetitivo de las manos, imposibilidad de mantener una acción o

estado durante mucho tiempo) y en ocasiones con gemidos constantes. En personas con dependencia funcional o deterioro cognitivo pueden manifestarse la ansiedad en forma de gritos o demandas frecuentes.

Por último los síntomas físicos o somáticos son los que con más frecuencia refiere el anciano que presenta ansiedad. Los síntomas de hiperactividad autonómica, como palpitaciones, sudoración, hiperventilación se pueden presentar durante la crisis de angustia. Pero, habitualmente el síntoma guía que nos orienta al diagnóstico son las somatizaciones, a veces, el único síntoma de disconfort que identifica el anciano es sensación de opresión precordial, de nudo en el estomago o en la garganta dificultad para respirar cefalea dolor en columna cervical nauseas vértigos o polaquiuria. Dado que las personas mayores padecen mas enfermedades médicas que los jóvenes su énfasis en los síntomas somáticos pueden originar problemas para el diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad (4,6)

2.3.3 Etiología:

Resulta razonable asumir que exista relación entre preocupación y vejez debido a que ésta etapa de la vida se ha caracterizado frecuentemente por un conjunto de problemas reales objetivables, tales como:

- ✓ el declive físico
- ✓ la pérdida de personas queridas
- ✓ preocupaciones económicas
- ✓ preocupaciones familiares, etc.

(4) Guía de buena practica clínica en geriatría pedro gil gregorio

(5) Manual Martín Carrañes Sociedad Española De Gerontopsiquiatría Y Psicogeriatría

(6) Trastornos de ansiedad. Curso virtual. <http://www.eme17/ans/ansiedad.html>

Todos estos tipos de pensamientos provocan ansiedad y malestar psicológico, por lo tanto interfiere en la sensación de confort deseable para cualquier ser humano. A su vez, existe evidencia que indica que muchas de las enfermedades y consecuencias asociadas a éstas ocurren característicamente en edades avanzadas, tales como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión o el dolor crónico, entre otras, y se presentan con una sintomatología mayor y más intensa en personas con altos niveles de ansiedad y preocupación.

Finalmente, la ansiedad asociada a la preocupación entre las personas mayores es un problema de salud mental de creciente importancia y, aunque muchas de las personas que presentan el tipo de problemas mencionados no puedan ser descritos como personas con una patología clínicamente relevante, es suficiente que esta preocupación se manifieste en un nivel subclínico para que suponga un malestar de importancia a la persona que lo padece, teniendo amplias repercusiones negativas en su vida diaria y en su entorno inmediato.(8)

Entre las bases biológicas de la ansiedad existe probablemente una disregulación de varios sistemas neurobiológicos (Johnson y Lydiard, 1995; Chamey y Deutsch, 1996):

A. Sistemas noradrenérgicos centrales

Este sistema neurotransmisor tiene como mediadores a la noradrenalina (neurotransmisor más abundante en el cerebro) y la adrenalina. Los núcleos noradrenérgicos más importantes se

(8) . Hommer DW, Skolnick P, Paul SM. The Benzodiazepine/GABA receptor complex and anxiety. En: Meltzer HY, ed. Psychopharmacology: The Third Generation of Progress. New York: Raven Press; 1987. p. 977-83

27. Olsen RW, Tobin AJ. Molecular biology of GABAA receptors. FASEB J 1990; 4:1469-80.

(23 Kaplan & Sadock, Sinopsis de Psiquiatria 2009 Ed. Lippincott Williams & Wilkins p. 582-586

Epidemiología

localizan en el tronco del encéfalo, en concreto en el locus ceruleus (LC).

La mayor fuente de inervación noradrenérgica del cerebro, ocasiona las crisis de pánico; los agentes que bloquean las descargas del LC (p. ej., los antidepresivos, las benzodiazepinas de potencia elevada) disminuyen el pánico y la ansiedad.

B. El sistema límbico.

El sistema límbico es el responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la supervivencia. Entre estas emociones se encuentran: el miedo, la furia, las sensaciones ligadas al sexo o al placer y también al dolor y a la angustia.()

Median en la ansiedad general, la preocupación y la vigilancia. Las concentraciones elevadas de receptores benzodiazepínicos en estas áreas modulan la ansiedad aumentando su anión al ácido gamma-amino butírico (GABA), un neurotransmisor inhibitorio.

C. Los sistemas serotoninérgicos y los neuropéptidos

Las interconexiones entre todos los sistemas cerebrales implicados pueden ayudar a explicar la aparente eficacia de intervenciones que tienen mecanismos de acción diferentes (p. ej., los antidepresivos que actúan sobre la noradrenalina y la serotonina, las benzodiazepinas y la terapia cognitivo-conductual) sobre la ansiedad patológica. (23)

(8) . Hommer DW, Skolnick P, Paul SM. The Benzodiazepine/GABA receptor complex and anxiety. En: Meltzer HY, ed. Psychopharmacology: The Third Generation of Progress. New York: Raven Press; 1987. p. 977-83

27. Olsen RW, Tobin AJ. Molecular biology of GABAA receptors. FASEB J 1990; 4:1469-80.

(23) Kaplan & Sadock, Sinopsis de Psiquiatria 2009 Ed. Lippincott Williams & Wilkins p. 582-586

D. Complejo de receptor GABA. El GABA es el neurotransmisor inhibitor más importante en el Sistema Nervioso Central (SNC) Se han propuesto dos tipos de receptores para el GABA: los receptores GABA A y los GABA B; los primeros están asociados con receptores A benzodicepinas y canales de membrana para el ión cloro. Los segundos se relacionan con la adenilato ciclasa y parecen no estar modulados por las benzodiazepinas ().

En el contexto de la ansiedad, se ha demostrado que las benzodicepinas y otras drogas ansiolíticas ejercen sus acciones por la estimulación de los receptores GABA A. Estos receptores se encuentran localizados sobre la membrana neuronal y contienen un sitio de alta afinidad para las benzodiazepinas ().

2.3.4. Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son menos frecuentes en el anciano que en el adulto así pues en el estudio ECA se determinó que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en el anciano mayor de 65 años es de 5,5% siendo el diagnóstico más frecuente el de fobia (4,8%)

En pocos casos los trastornos de ansiedad comenzaron después de los 65 años y en general las mujeres lo padecían más que los varones asimismo, Wisocki y otros encontraron que un 19% de las personas mayores tienen niveles significativamente altos de preocupación.

(8) . Hommer DW, Skolnick P, Paul SM. The Benzodiazepine/GABA receptor complex and anxiety. En: Meltzer HY, ed. Psychopharmacology: The Third Generation of Progress. New York: Raven Press; 1987. p. 977-83

27. Olsen RW, Tobin AJ. Molecular biology of GABAA receptors. FASEB J 1990; 4:1469-80.

(23) Kaplan & Sadock, Sinopsis de Psiquiatria 2009 Ed. Lippincott Williams & Wilkins p. 582-586

Epidemiología

Sin embargo, en el estudio de Beekman y cols podemos encontrar estratificación de la muestra por edad y sexo, cifrando su prevalencia en el 10,2%. En este estudio también se identifican los denominados factores de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, vivir en soledad, enfermedad crónica concomitante y limitación funcional)

Finalmente, puede comentarse que, a partir de una revisión de distintos estudios epidemiológicos se ha concluido que entre un 10 y un 20% de personas mayores experimentan síntomas significativos de ansiedad (7,24, 25).

2.3.5 PRINCIPALES TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL ANCIANO

2.3.5.1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) consiste en un estado persistente de ansiedad y principalmente de preocupación excesiva e inespecífica, no limitada a una circunstancia ambiental desencadenante y cuya duración supera los seis meses. Se caracteriza por ansiedad anticipatoria, hipervigilancia, tensión emocional y temores excesivos.

Se asocia al menos con seis de los siguientes síntomas: temblor, desasosiego, tensión muscular, fatiga

(7) Beekman ATF, Bremmer MA, Deeg DJH, Van Balkom AJLM, Smit JH. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13:717-26.

(24) REGIER D A, BOYD J H, BURKE J D, RAE D S, MYERS J K, KRAMER M, et al. One -month prevalence of mental disorders in the United States: based on five

(25) WISOCKI P A, HUNT J, SOUZA S. An in-depth analysis of worry and its correlates among elderly chronics worriers. Manuscript in preparation. Massachussets: University of Massachussets, Amherst, 1993.

(tensión motora) disnea, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, mareos, tiritona, disfagia (hiperactividad autonómica) insomnio, dificultad de concentración, irritabilidad (hipervigilancia).

Suele desencadenarse ante circunstancias estresantes y causa un intenso malestar en el sujeto y disfunción social, laboral o familiar. El curso es fluctuante y a menudo depende del nivel de estrés ambiental existente. En el caso de la población anciana Parece lógico asumir que exista una relación entre preocupación y vejez. Esta etapa de la vida se ha caracterizado frecuentemente por un conjunto de problemas reales objetivables, tales como el declive físico, la pérdida de personas queridas, preocupaciones económicas y familiares, etc., que conforman un conjunto legítimo de fuentes de preocupación.

Evidentemente, este tipo de pensamientos provoca ansiedad y malestar psicológico, lo que interfiere en la sensación de bienestar deseable para cualquier ser humano. (11,12)

2.3.5.2 Trastorno fóbico.

Consiste en un temor persistente hacia un objeto, situación o actividad.

Las temáticas fóbicas en el anciano no difieren en general de las del adulto, e incluyen salir de casa, quedarse solo en el domicilio, tomar trasportes públicos, espacios cerrados,

(11) BARLOW D H. The nature of anxiety: anxiety, depression and emotional disorders. En: R M Rapee, D H Barlow, Chronic anxiety: Generalized Anxiety Disorderand Mixed Anxiety-Depression. New York:

(12) MONTORIO I, NUEVO R, IZAL M, LOSADA A. Preocupaciones y personas mayores: La Escala de Preocupaciones para Personas Mayores. Utilidad para la evaluación de la Ansiedad Generalizada. V Congreso Nacional de Psicología Conductual. Vitoria, España, 1998.

ascensores, animales e insectos y someterse a procedimientos médicos o quirúrgicos, incluido acudir al médico, entre otros.

Quizás la más destacable y frecuente en el anciano sea la agarofobia, pero ya se suele presentar en edades previas y simplemente se agudiza. La fobia social es persistente en el anciano. La fobia social se diagnostica en presencia de un miedo persistente a una o más situaciones sociales. Hay datos epidemiológicos que sugieren que este trastorno es crónico y persiste en la ancianidad.

A consecuencia del estado dental y de otras enfermedades o síntomas como el temblor, comer o escribir en público puede ser más molesto para los ancianos que hablar en público. En los ancianos las maniobras de evitación ocurren frecuentemente bajo el disfraz de quejas físicas como mareos, inestabilidad de la marcha o temor a caer.

2.3.5.3 Trastorno de angustia o pánico

El trastorno de angustia se manifiesta por episodios recurrentes de ansiedad o miedo intensos (crisis de angustia) que se acompañan de múltiples síntomas somáticos y cognitivos. En los ancianos, la dificultad respiratoria, la sensación de mareo y el temor a caer son especialmente frecuentes. En el caso de que haya alguna enfermedad preexistente, pueden añadirse síntomas exacerbados de esa enfermedad (19).

2.3.5.4 Trastorno obsesivo compulsivo.

Se describe como obsesiones recurrentes, de entidad suficiente como para interferir la rutina o las relaciones laborales o sociales del individuo. Las obsesiones pueden consistir en ideas, impulsos o incluso imágenes recurrentes que se experimentan de forma inapropiada; es decir, no son simples preocupaciones; lo realmente patológico es la propia vivencia de esas sensaciones. La enfermedad suele aparecer antes de los 50 años y cursa de manera crónica hasta el final de la vida. La presentación por primera vez en la edad avanzada es rara. El cuadro clínico es similar al del adulto. Quizás la ideación obsesiva religiosa con imágenes y pensamientos sea la más frecuente en ancianos.

2.3.5.5 Trastorno de estrés post-traumático.

El trastorno de estrés postraumático relacionado con un acontecimiento vivido en la edad adulta puede cronificarse y alcanzar la edad avanzada, como lo demuestran los ancianos sobrevivientes del holocausto nazi o los prisioneros de guerra.

Existen muy pocos datos pero podemos mencionar La información recogida de los ancianos supervivientes del terremoto de Armenia de 1988 (Goenjian, 1994) apunta a que la intensidad sintomática sería similar en los adultos y en los ancianos, aunque estos últimos sufrirían menos experimentación del trauma y más hiperactivación comparados con personas más jóvenes.

2.3.5.6 Trastorno de ansiedad en relación con enfermedad médica.

En geriatría, la ansiedad puede ser el síntoma único de enfermedad médica o carencia nutricional. (15)

Cuadro # 01

Principales enfermedades en los ancianos	
-Arterioesclerosis	Artrosis
Artritis	Alzheimer
Alzheimer	Párkinson
Hipertrofia benigna de Próstata	Gripe
Malnutrición	Mareos
Sordera	Presión arterial alta
Problemas Visuales	Claudicación intermitente
Demencia senil	Osteoporosis
Accidente Cerebro Vascular	-

2.3.5.7 Trastorno de ansiedad inducido por fármacos.

Es importante destacar que dosis incluso terapéuticas en el anciano pueden inducir ansiedad. Además, la interacción de

(15) Jiménez Rojas C. Cuadros de ansiedad secundarios a patología orgánica. En: Serrano Garijo, P. Trastornos de ansiedad en el anciano. Madrid: Ed. Sociedad Madrileña de Geriatría y Gerontología, 1998; p. 81-9.

fármacos puede alterar el metabolismo, con efectos paradójicos siendo uno de ellos la ansiedad.

Farmacos que pueden causar ansiedad	
Digoxina	anticolinergicos
antagonistas de Ca	corticoides
Broncodilatadores	aspirina
Tiroxina	anticomiciales
Antihistamínicos	insulina
Efedrina y pseudoefedrina	corticoides
Fármacos anticolinergicos	Inhibidores recaptacion de serotonina

2.3.6 Criterios de Diagnóstico

Formalmente, los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de ansiedad no difieren en el anciano de los que se utilizan en el adulto en base a los sistemas internacionales de clasificación de trastornos mentales (CIE-10, DSM IV). Esta circunstancia, como sucede en otras entidades psicopatológicas, parece forzar la evidencia de que, para algunos trastornos, los criterios diagnósticos establecidos no se ajustarían adecuadamente a la expresión clínica observada en la edad avanzada. En la clínica del anciano, uno de los aspectos que contribuye a diferenciar el perfil clínico de los denominados trastornos neuróticos, entre los que se incluyen

los trastornos de ansiedad, con respecto al adulto más joven, es la alta prevalencia de enfermedades o síntomas físicos. Esta comorbilidad puede llegar a influir notablemente en la expresión clínica de los diferentes trastornos, aumentando así el solapamiento de síntomas, no solamente entre las diferentes entidades psiquiátricas descritas sino entre éstas y la patología somática concomitante o los efectos de los fármacos utilizados para su tratamiento. (10, 22)

2.3.7 Tratamiento

La primera etapa para conseguir un tratamiento adecuado es establecer un diagnóstico correcto. El objetivo del proceso diagnóstico es corregir o minimizar los efectos de las enfermedades médicas que puedan causar o predisponer a una situación de ansiedad

El manejo adecuado y efectivo de la ansiedad en el anciano debe ser logrado utilizando tanto tratamientos farmacológicos como psicológicos, en ocasiones en monoterapia y otras de forma conjunta.

2.3.7.1 Tratamiento no medicamentoso

En el adulto mayor son de gran valor un conjunto de procedimientos psicológicos que facilitan el abordaje de la ansiedad para el logro del bienestar del geronte. Se ha destacado que las técnicas no medicamentosas son de vital importancia y que el tratamiento medicamentoso se empleará sólo en aquellos casos en que resulte imprescindible para el anciano; se admite, en ocasiones, el empleo combinado de procedimientos no medicamentosos y

(10) American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington, D C: APA, 1994.

fármacos. Algunas de estas intervenciones no medicamentosas son expuestas a continuación:

0.7.1.1 Tratamiento Psicológico

A. Psicoterapia tradicional

Con la posible excepción de los cuadros de ansiedad generalizada, las terapias psicoanalíticas y la psicodinamia tradicional han mostrado una utilidad muy limitada. Por ejemplo, en estudios sobre 10-15 años de psicoanálisis en pacientes con agorafobia no se ha observado una mejoría significativa. Una falta de eficacia similar se ha observado también en tratamientos continuados en pacientes con cuadros fóbicos. Terapia cognitiva/conductual - Técnicas de relajación. Suponen una adaptación de las técnicas de relajación progresiva de Bernstein y Borkovec y consisten en ejercicios de tensión-relajación de diferentes grupos musculares distribuidos por todo nuestro cuerpo.

B. Técnicas de reestructuración cognitiva.

Estas técnicas consisten en obtener información de aquellas situaciones que conllevan conductas temerosas o de pánico, métodos de educación del paciente sobre modelos cognitivos-conductuales, suministro de alternativas cognitivas y otras estrategias para aquellas situaciones estresantes. (9)

C. Exposición

Las técnicas de exposición han sido la piedra angular del tratamiento de las fobias durante las últimas décadas. La exposición puede ser realizada con exposiciones in vivo o reales, o in vitro o situaciones de fantasía. Ambas técnicas requieren habitualmente una exposición gradual durante largos períodos de tiempo. (24)

2.3.7.2 Tratamiento medicamentoso

El proceso de envejecimiento trae consigo cambios biológicos relacionados con la edad que tiene influencia en el tratamiento farmacológico que empleemos. De esta forma, en cuanto a la farmacocinesia: la absorción sufre escasas modificaciones, si bien hay una distribución diferente de la masa corporal (menor cantidad de agua corporal, menos agua extracelular, menores volúmenes plasmáticos, disminución de albúmina, menor tejido adiposo, metabolización hepática reducida y eliminación renal más larga).

En cuanto a la farmacodinamia: hay una disminución del número de determinados receptores y neurotransmisores, reducción de la mono amino oxidasa y cambios estructurales y funcionales de los órganos dianas, ejemplo, mayor sensibilidad del Sistema Nervioso Central al efecto depresor de las benzodiacepinas por lo que deben emplearse con sus especificidades para la tercera edad (23)

2.3.3.1 Farmacos utilizados en el tratamiento de la ansiedad

	Dosis inicio (Mg/día)	Dosis de Mantenimiento (mg/día)
Benzodiazepinas		
Alprazolam	0,25	0,25-2
Clordiazepóxido	5	20-40
Clonazepam	0,125	0,25-2
Diazepam	2	2-10
Lorazepam	0,5	0,5-4
Oxazepam	10	10-90
Antidepresivos		
Citalopram	10	10-40
Fluoxetina	10	10-40
Fluvoxamina	25	50-200
Mirtazapina	7,5	15-30
Nefazodona	50	200-600
Paroxetina	10	10-40
Sertralina	25	50-200
Venlafaxina	75	75-150
Otros		
Buspirona	5	15-60

3. Análisis de Antecedentes Investigativos

a. Estudio a nivel local:

AUTOR: Susan Karen Camacho Chura

TITULO: Diferencia de los niveles de ansiedad y depresión en militares en retiro y civiles adultos mayores de 65 años que acuden al hospital militar del sur Arequipa

Fuente: Biblioteca de la universidad católica de Santa Maria-Arequipa

Objetivos: El objetivo de esta investigación fue diferenciar los niveles de ansiedad y depresión en militares en retiro y civiles adultos mayores de 65 años que acudieron al hospital militar del sur

Materiales y métodos: Para tal efecto se revisaron 280 historias clínicas que presentaban las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton de pacientes adultos mayores militares y civiles.

Resultados: Estos hallazgos nos permitieron identificar las diferencias entre los niveles de ansiedad y depresión de militares y civiles de 65 años a más. Para la ansiedad en 180 militares los niveles fueron: ausencia de ansiedad (14,4%), ansiedad leve al 43,4% y moderada grave el 41,7% en 100 civiles, ausencia de ansiedad 21% ansiedad, leve el 49% y moderada grave el 30% con un chi cuadrado: $4,3 < 5,99$ (0,05) por lo que no se encontraron diferencias significativas entre militares y civiles. Para la depresión en 180 militares los niveles fueron, ausencia de depresión el 43,9% , depresión leve, 31.1%, depresión moderada el 16,7% y depresión grave el 8,3%; en 100 civiles, ausencia de depresión el 53% depresión leve el 30% depresion moderada el 13% y grave el 4% con un chi cuadrado de $3,5 < 7,82$ ($p > 0,05$) por lo que tampoco se encontraron diferencias significativas en los niveles de depresión de militares y civiles.

Conclusiones: Tanto en militares como en civiles los niveles de ansiedad y depresión se presentan con las mismas características, se puede concluir que no hay diferencias importantes entre estas dos poblaciones; además los militares retirados y de estado civil casados padecen de mayores niveles de ansiedad y depresión que los divorciados, viudos y convivientes; para militares y civiles, los trastornos de ansiedad y depresión predominaron en aquellos con enfermedades de tío crónico

b. En el ámbito nacional:

AUTOR: Alberto Perales, Héctor Chue, Alberto Padilla, Lorenzo Barahona

TÍTULO. Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú

FUENTE: Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011; 28(4):581-88.

Objetivos: Determinar los niveles de estrés general y laboral, depresión y ansiedad en magistrados (jueces y fiscales) del Distrito Judicial de Lima, Perú.

Materiales y métodos: Estudio transversal y descriptivo. De una población de 1137 magistrados del Poder Judicial y del Ministerio Público del Distrito Jurisdiccional de Lima se tomó una muestra aleatoria estratificada donde cada institución constituyó un estrato. La muestra estuvo conformada por 287 magistrados: 138 fiscales y 149 jueces. Se aplicó un cuestionario compuesto por cuatro instrumentos para determinar los niveles de estrés general y laboral, ansiedad y depresión, previo consentimiento informado.

Resultados: El estrés general estuvo presente en el 18,5 % de los magistrados, el estrés laboral en 33,7 %, ansiedad en 12,5 % y depresión en 15,0 %. Estas tres condiciones estuvieron presentes en el 6,6 % de los magistrados, y al menos una estuvo presente en el

25,9 %. El estrés general estaba asociado con la depresión (OR: 4,9; IC95 % 1,6-15,1) y ansiedad (OR: 8,5; IC95 % 2,5-28,6) en el modelo de regresión logística.

Conclusiones: Un porcentaje significativo de magistrados del Distrito Judicial de Lima presentan altos niveles de estrés, ansiedad y depresión; un cuarto de los encuestados presentan, al menos, una de estas condiciones. Se recomienda que los programas de intervención y prevención se dirijan al manejo del estrés, ansiedad y depresión en conjunto, dada su alta asociación.

C. Estudio a nivel latinoamerica

AUTOR: Raquel Pérez Díaz

TÍTULO: Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo terapéutico”.

FUENTE: Centro de Investigaciones sobre Envejecimiento, Longevidad y Salud (CITED).GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 2 No. 1. 2007

Objetivos: El propósito del presente artículo es, desde una valoración crítica, destacar el valor que tiene la identificación adecuada y oportuna de los trastornos de ansiedad fóbica en las personas mayores, sus formas de presentación, especificidades y los principales mecanismos de intervención medicamentosos y psicoterapéuticos

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de las estadísticas de la autora de este trabajo, desde 2004-2007 y se atendieron por consulta externa de Psicología en el CITED 474 adultos mayores de 60 y más años,

Resultados: Se determinó que el 17, 08% presentaron trastornos de ansiedad, y dentro de ellos predominaron las fobias en un 43.21%

Entre las causas más frecuentemente halladas para los tipos de fobias se encontraron: para la agorafobia el miedo a las caídas y el síndrome postcaída, en la mayoría de los casos relacionado con temor a desplazarse solo en hogar y no encontrar ayuda para salir de la casa de manera independiente o que pueda caerse y no hallar amparo de una persona amiga o familiar. En las fobias sociales la causa que más se presentó fue la de comer en público ya fuera por miedo a hacer el ridículo, temblores, o problemas relacionados con las prótesis dentales. En cuanto a las fobias específicas el temor a las enfermedades, a sufrir algún daño, asistir al médico, a las inyecciones, junto al temor a atragantarse, fueron los más abordados en consulta

Conclusiones: De manera general podemos concluir que las fobias son trastornos de ansiedad de gran prevalencia en la población adulta mayor que pueden conducir a: disfuncionabilidad, malestar emocional y suicidio, y que en muchas ocasiones están infra diagnosticadas requiriendo de una atención especializada para su identificación y abordaje

D. Estudio a nivel internacional

AUTOR: Ignacio Montorio Cerrato, Nuevo Benítez R, Losada Baltar

TÍTULO: Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad

FUENTE: Universidad autónoma de Madrid diciembre, 2006

Objetivos: El presente trabajo plantea cual es la prevalencia de ansiedad y depresión en una población mayor

Materiales y métodos: Se seleccionó una muestra aleatoria compuesta por 97 personas mayores de 65 años residentes en Majadahonda. La evaluación se realizó a través de una entrevista estructurada basada en los criterios del DSM-IV para los trastornos

de ansiedad y depresión. Se emplearon, además, autoinformes de depresión y ansiedad.

Resultados: Se encontró que los problemas emocionales, en general, y los de ansiedad, particularmente, suponen un importante problema entre las personas mayores, y se halló una tasa de prevalencia de 14,4% para el conjunto de trastornos emocionales y, específicamente, 11,3% para los trastornos de ansiedad, en los que destaca el trastorno de ansiedad generalizada, con una tasa del 7,2%.

Conclusiones: Se concluye una importante presencia de problemas subclínicos emocionales entre las personas mayores, así como un gran solapamiento entre ansiedad y depresión, especialmente del trastorno de ansiedad generalizada con la depresión, cuya tasa de comorbilidad es del 57,1%

AUTOR: Beekman AT Beurs E , van Balkom AJ , Deeg DJ , van Dyck R , van Tilburg W .

TITULO: La ansiedad y la depresión en la edad adulta: Coocurrencia y comunalidad de factores de riesgo.

FUENTE: Departamento de Psiquiatría de la Universidad Libre de Amsterdam, Países Bajos.

Objetivos:

El propósito de este estudio fue examinar la comorbilidad de comunalidad y de factores de riesgo asociados con el trastorno de ansiedad y trastornos depresivos mayores en su vida posterior.

Materiales y Métodos:

Se estudió una muestra aleatoria por edad y sexo estratificado basado en la comunidad (N = 3,056) de las personas mayores (edad 55-85 años) en los Países Bajos. Se utilizó un diseño de selección de

dos etapas, con el Centro de Estudios Epidemiológicos Depression Scale como un instrumento de detección y el Instituto Nacional de Salud Mental de diagnóstico Interview Schedule como instrumento criterio. Los factores de riesgo fueron medidos con instrumentos bien validados y representaban una amplia gama de vulnerabilidad y factores relacionados con el estrés asociados con la ansiedad y la depresión. Los análisis multivariados examinó los factores de riesgo asociados con el trastorno depresivo mayor pura, trastornos de ansiedad puros, y las condiciones comórbidas.

Resultados:

La comorbilidad fue muy prevalente: 47,5% de las personas con trastorno depresivo mayor también se reunieron criterios para los trastornos de ansiedad, mientras que el 26,1% de las personas con trastornos de ansiedad también se reunió con los criterios para el trastorno depresivo mayor. Mientras que las únicas variables asociadas con el trastorno depresivo mayor pura fueron la edad más joven y locus de control externo, los factores de riesgo que representan una amplia gama de tanto la vulnerabilidad y el estrés se asociaron con trastornos de ansiedad puros. Locus de control externo fue el único factor común. El grupo con trastornos de ansiedad además de trastorno depresivo mayor tenía un perfil factor de riesgo distinto y puede representar aquellos con un trastorno más grave.

Conclusiones:

Aunque se encontraron altos niveles de comorbilidad entre los trastornos de trastorno depresivo y de ansiedad, factores de riesgo comparando asociados con el trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad pura revelaron más diferencias que similitudes. Los trastornos de ansiedad en mérito vida posterior estudio separado.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general:

- Determinar las características generales y los niveles de ansiedad de en los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del hospital III Yanahuara..

4.2 Objetivos específicos

- Determinar las características generales en los adultos mayores en que acuden al servicio de geriatría del hospital III Yanahuara.
- Determinar el nivel de Ansiedad en los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del hospital III Yanahuara.

5. Hipotesis

- Este es un trabajo descriptivo y transversal por lo cual no requiere de hipótesis.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL:

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnicas:

- Encuesta tipo cuestionario

1.2 Instrumentos

- Ficha de recolección de datos
- Inventario de Ansiedad de Beck

1.3 Materiales de Verificación

- Ficha de recolección datos , inventario de Beck para ansiedad

- Impresión de los instrumentos
- Material de escritorio
- Computadora portátil
- Sistema Operativo Windows 7
- Paquete Office 2010 para Windows
- Programa SPSS para Windows v.18

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.1. Ubicación Espacial:

El estudio se llevará a cabo en el departamento de Arequipa, provincia y ciudad de Arequipa.

El estudio se realizara en los consultorios externos de geriatría, del hospital III Yanahuara, ubicado en la avenida Emmel y Zamácola s/n en el distrito de Yanahuara,

2.2. Ubicación Temporal:

Este estudio se llevará a cabo durante el mes de marzo del 2015.

2.3 Unidades de Estudio

Universo:

Totalidad de pacientes mayores de 60 años que solicitan atención al consultorio externo de geriatría asignados a la red asistencial del hospital III Yanahuara.

Población accesible:

La población se encuentra conformada por los pacientes de ambos sexos mayores de 60 años que son atendidos en el

consultorio externo de geriatría durante el mes de Febrero 2015 en el hospital III Yanahuara.

Muestra y procedimiento de muestreo:

La elección de la muestra estará conformada por pacientes tomados de la población accesible de manera consecutiva y que cumplan los criterios de inclusión.

Tipo de muestreo directo no probabilístico por conveniencia.

2.3.1. Criterios de Selección

2.3.1.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes de ambos sexos de 60 años o más, atendidos en consultorios externos de geriatría en el hospital III Yanahuara.
- Pacientes que acepten participar en la investigación.

2.3.1.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con alteraciones en la visión.
- Pacientes portadores de enfermedad terminal.
- Pacientes que usen medicación psicotrópica
- Pacientes con deterioro cognitivo

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

- Acudir a la oficina de admisión para solicitar el permiso para acceder a las unidades de estudio.
- Se ubicara a las unidades de estudio sean mujeres y varones que cumplan con los requisitos de inclusión.
- Al total de unidades de estudio se aplicara la ficha de recolección de datos y el test de ansiedad de Beck.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: Yorny Justo Rodriguez

Asesor: Dra Agueda Muñoz del Carpio Toia

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos generales del encuestado. (Anexo 1)
 - Inventario de ansiedad de Beck (Anexo 2)
 - Computadora portátil con sistema operativo Windows 7, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

3.3. Validación de los instrumentos

3.3.1 Inventario de Ansiedad de Beck

3.3.1.1. Confiabilidad

El Inventario de ansiedad de Beck posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general) Los

coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la subescala de Ansiedad del SCL-90 R de 0,81.

Por otra parte los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0,61 y con la Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62. Se ha mostrado sensible al cambio tras el tratamiento.

3.3.1.2. Validez

El Inventario de Ansiedad de Beck es un breve cuestionario auto administrado con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y que viene siendo utilizado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual.

El Inventario de Ansiedad de Beck es un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos, describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión siendo este uno de los motivos más importantes para la elección del mismo.

El clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como

leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ha sido validado en numerosos estudios y tiene numerosos estudios que lo validan así pues un análisis comparativo realizado por Piotrowski en 1999 se encontró que era el tercer test más utilizado para valorar ansiedad.

y también tenemos la versión española del test de ansiedad de Beck. Autor: Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández publicado en 2011.

3.3.1.3. Usos Clínicos y de Investigación

El inventario de ansiedad de Beck puede utilizarse para evaluar y establecer una línea base de ansiedad, como una ayuda para el diagnóstico clínico, o para detectar la eficacia del tratamiento a medida que avanza, y como medida de resultado post- tratamiento.

Otras ventajas del BAI incluyen:

- ✓ Su rápida y fácil administración.
- ✓ La repetibilidad.
- ✓ La discriminación entre los síntomas de la ansiedad y la depresión.
- ✓ La capacidad para poner de relieve la conexión entre la mente y el cuerpo en aquellas personas que buscan ayuda para reducir su ansiedad.

- ✓ Una probada validez en diferentes idiomas, culturas y grupos de edad.

Algunos investigadores han sugerido que los ítems del BAI pueden ser menos sensibles a los síntomas secundarios a un trauma, más sensibles a trastornos de pánico de lo que es a los síntomas de otros trastornos de ansiedad, y sugieren la necesidad de establecer normas de interpretación separadas para hombres y mujeres

3.3.1.4. Interpretación

No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y ansiedad ni entre depresión y ansiedad. En estudios comparativos con las principales escalas de depresión y ansiedad (Inventario de depresión de Beck, escala de depresión de Hamilton, Escala de ansiedad de Hamilton, listado de pensamientos y escala de desesperanza), se han encontrado unos índices de correlación mayores con aquellas que valoran ansiedad, frente a las que valoran depresión, lo que avalaría su utilización para valorar ansiedad.

El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25 (DE 11,4) y en sujetos normales 15, (DE 11,8)

Somoza y cols. han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Y en sujetos sin patología se obtiene una puntuación media

de 13,4 con una DE de 8,9. No obstante, no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados

3.4.1. Plan de tabulación y análisis:

3.4.1.1 Nivel de sistematización de datos:

- Tipo de procesamiento: es mixto (manual y computarizado)
- Plan de clasificación:
- Matriz de ordenamiento: de registro o control.
- Plantilla esquemática: cuadro maestro o base de datos.

3.4.1.2 Plan de codificación:

- Sistema de codificación: sistema computarizado.
- Tipo de procedimiento: códigos alfa- numéricos
- Implementación de trabajo y codificación
- Variable asociativa V1 Nivel de ansiedad
- Variables e indicadores a codificar
- Variable asociativa V1 Nivel de ansiedad
- Con ansiedad: 1/ Sin ansiedad: 2

3.4.1.3. Plan de recuento:

- Tipo de recuento: computarizado
- Matriz de conteo: no es necesaria una matriz de conteo ya que el método es computarizado

3.4.1.4. Plan de análisis: Tratamiento estadístico

3.4.2. Técnicas estadísticas

- **Estadística descriptiva:** frecuencias (proporciones e índices)
- **Plan de tabulación:** Tablas
- **Tipos de cuadros:** Para la estadística descriptiva usamos tablas de frecuencias observacionales absolutas y relativas
- **Plan de graficación:** clases de gráficos:

Para la estadística descriptiva: Histogramas de frecuencias y diagramas tipo “pie”

3.4.3. Nivel de estudio de los datos:

Metodología de interpretación de los datos
Por vinculación de datos

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del tema			x	x												
Presentación del proyecto					x	x										
Aprobación del proyecto							x	x	x							
Análisis e interpretación											x	x	x			
Informe final														x	x	

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARACTERISTICAS GENERALES Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL III YANAHUARA AREQUIPA 2015

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito determinar características generales y nivel de ansiedad en los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital III Yanahuara Arequipa 2015

YO: _____

Identificado con DNI: _____

He tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Firma y/o huella digital del paciente que da su autorización		
--	--	--

Anexo 2

Buenas días estimado señor(a):

A continuación le presentamos la siguiente encuesta con la cual se evaluará las características sociodemográficas de los pacientes que acuden al consultorio externo de Geriátrica , los datos recogidos en esta encuesta será utilizados para la elaboración de una tesis de pregrado de medicina.

Mucho le agradeceremos responder a este cuestionario anónimo con veracidad y objetividad.

Sexo: Masculino

Femenino

Edad: _____ años

Nivel de Educación: Ninguno o primaria incompleta

Primaria

Secundaria

Superior tecnico

Superior universitario

Estado Civil soltero

Casado

viudo

divorciado/ separado

Con cuantas personas vive

- solo
- acompañado

Necesita ayuda de otra persona(as) para realizar sus actividades cotidianas

SI

No

Número de enfermedades médicas

- No tener enfermedades
- 1 enfermedades
- 2 enfermedades
- 3 enfermedades
- 4 enfermedades
- 5 enfermedades

Número de enfermedades médicas

- No tomar medicación
- 1 medicación
- 2 medicaciones
- 3 medicaciones
- 4 medicaciones
- 5 medicaciones

Anexo 3

Inventario de Ansiedad de Beck

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le v a la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inseguro Inquieto				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores fríos o calientes				



Anexo 2
Matriz de sistematización de información

numero	edad	Cat edad	sexo	instrucción	estado civil	nro personas	Ayuda	nro enfermedades	nro medicamentos	cuestionario beck	Nivel Beck
1	67	2	1	4	3	0	0	2	2	10	1
2	76	4	2	1	2	0	1	3	5	6	0
3	68	2	2	3	2	0	0	2	3	30	3
4	65	2	1	1	2	0	0	4	2	22	2
5	62	1	2	4	2	0	0	0	0	1	0
6	84	5	2	2	2	0	0	3	4	1	0
7	76	4	2	4	2	0	0	1	2	8	1
8	60	1	1	0	3	0	0	2	1	1	0
9	82	5	2	1	3	0	0	0	0	3	0
10	73	3	2	0	3	0	0	2	3	9	1
11	83	5	1	2	2	0	0	3	2	3	0
12	69	2	2	0	1	1	0	3	5	27	3
13	71	3	2	0	3	0	0	1	1	2	0
14	94	7	2	0	3	1	0	2	0	8	1
15	80	5	2	1	2	0	0	5	4	10	1
16	62	1	1	2	3	0	0	3	2	25	2
17	75	4	1	0	4	0	0	1	2	4	0
18	74	3	2	2	3	0	0	3	5	15	1
19	69	2	2	4	2	0	0	3	1	15	1
20	68	2	2	4	2	0	0	3	4	10	1
21	76	4	2	1	2	0	0	4	3	12	1
22	65	2	2	4	1	0	0	1	1	1	0
23	60	1	2	4	2	0	0	0	0	4	0
24	78	4	2	0	2	0	0	1	2	20	2
25	77	4	2	2	3	0	0	2	2	6	0

umero	edad	Cat edad	sexo	instrucción	estado civil	nro personas	Ayuda	nro enfermedades	nro medicamentos	cuestionario beck	Nivel Beck
51	70	3	2	0	3	0	0	1	1	5	0
52	93	7	2	0	3	0	0	4	2	15	1
53	79	4	2	2	2	0	0	3	2	14	1
54	61	1	1	2	3	0	0	2	2	5	0
55	74	3	1	0	4	0	0	1	1	12	1
56	73	3	2	2	3	0	0	2	4	10	1
57	69	2	2	4	2	0	0	2	1	3	0
58	67	2	2	4	2	0	0	3	3	8	1
59	75	4	2	1	2	0	0	4	3	12	1
60	64	1	2	4	1	0	0	2	2	1	0
61	60	1	2	4	2	0	0	0	0	5	0
62	77	4	2	0	2	0	0	1	2	11	1
63	76	4	2	2	2	0	0	1	1	8	1
64	72	3	2	1	2	0	1	3	3	12	1
65	70	3	2	2	3	0	0	3	5	13	1
66	73	3	1	4	2	0	0	2	1	5	0
67	82	5	1	1	3	0	0	4	2	15	1
68	67	2	2	0	1	0	0	0	0	7	0
69	69	2	2	0	1	0	0	0	0	3	0
70	75	4	1	2	2	0	0	2	1	1	0
71	68	2	2	2	2	0	0	3	4	15	1
72	71	3	2	2	2	0	0	5	3	17	2
73	78	4	1	4	2	0	0	3	2	15	1
74	80	5	2	0	4	0	0	0	3	8	1
75	74	3	2	0	2	0	0	2	1	10	1

umero	edad	Cat edad	sexo	instrucción	estado civil	nro personas	Ayuda	nro enfermedades	nro medicamentos	cuestionario beck	Nivel Beck
76	64	1	2	4	4	0	0	1	0	2	0
77	81	5	2	2	3	1	0	2	1	13	1
78	65	2	1	4	3	0	0	2	2	7	0
79	67	2	2	1	2	0	0	1	1	3	0
80	61	1	1	4	2	0	0	0	0	3	0
81	73	3	2	2	3	0	0	2	4	10	1
82	83	5	1	0	3	0	0	4	2	15	1
83	76	4	2	4	2	0	0	1	2	8	1
84	73	3	1	4	2	0	0	2	1	5	0
85	69	2	2	0	1	0	0	0	0	3	0
86	60	1	1	0	3	0	0	1	2	13	1
87	78	4	1	4	2	0	0	3	2	15	1
88	65	2	2	4	2	0	0	1	1	5	0
89	76	4	2	2	3	0	0	1	1	8	1
90	82	5	1	1	2	0	0	3	2	8	1
91	60	1	1	0	3	0	0	2	1	1	0
92	72	3	2	1	2	0	1	3	3	12	1
93	67	2	2	3	2	0	0	2	3	7	0
94	80	5	2	0	4	0	0	4	3	18	2
95	73	3	2	0	3	0	0	2	3	9	1
96	64	1	1	1	2	0	0	4	2	9	1
97	65	2	2	4	4	0	0	1	2	19	2
98	75	4	2	4	2	0	0	1	2	10	1
99	82	5	1	1	3	0	0	4	2	15	1
100	69	2	2	4	2	0	0	3	1	15	1

Numero	edad	Cat edad	sexo	instrucción	estado civil	nro personas	Ayuda	nro enfermedades	nro medicamentos	cuestionario beck	Nivel Beck
101	66	2	1	4	3	0	0	2	2	10	1
102	67	2	2	0	2	0	0	0	0	12	1
103	80	5	2	1	2	0	0	5	4	10	1
104	76	4	2	1	2	0	0	4	3	12	1
105	74	3	1	0	4	0	0	1	1	12	1
106	70	3	2	0	3	0	0	1	1	5	0
107	68	2	2	3	2	0	0	2	3	32	0
108	67	2	2	4	2	0	0	3	3	8	1
109	81	5	2	2	3	1	0	2	1	13	1
110	74	3	1	4	2	0	0	2	1	8	1
111	61	1	1	2	3	0	0	2	2	5	0
112	74	3	2	2	3	0	0	3	5	15	1
113	85	6	2	2	2	0	0	3	4	1	0
114	78	4	2	1	2	0	1	3	3	8	1
115	74	3	2	0	2	0	0	2	1	10	1
116	75	4	1	2	2	0	0	2	1	1	0
117	65	2	1	4	2	0	0	3	4	10	1
118	86	6	2	2	3	1	1	2	1	10	1
119	67	2	2	2	2	0	0	1	1	3	0
120	75	4	1	1	2	0	1	3	5	6	0
121	71	3	2	2	2	0	0	5	3	17	2
122	77	4	2	2	3	0	0	2	2	6	0
123	75	4	1	0	4	0	0	1	2	8	1
124	75	4	2	0	2	0	0	2	1	24	2
125	75	4	2	1	2	0	1	3	5	25	2

Nmero	edad	Cat edad	sexo	instrucción	estado civil	nro personas	Ayuda	nro enfermedades	nro medicamentos	cuestionario beck	Nivel Beck
126	61	1	2	4	2	0	0	0	0	3	0
127	94	7	2	0	3	0	0	2	1	8	1
128	85	6	2	1	3	0	0	0	0	3	0
129	69	2	2	2	2	0	0	3	4	14	1
130	68	2	2	2	2	0	0	2	4	15	1
131	71	3	2	0	1	0	0	1	1	2	0
132	83	5	2	2	2	0	0	3	4	12	1
133	80	5	2	0	4	0	0	4	3	21	2
134	77	4	2	0	3	0	0	1	2	11	1
135	64	1	2	4	4	0	0	1	2	2	0
136	75	4	2	1	2	0	0	4	3	12	1
137	62	1	1	2	3	0	0	3	2	24	2
138	81	5	2	1	1	0	0	2	1	10	1
139	62	1	2	4	2	0	0	0	0	10	1
140	77	4	1	2	2	0	1	2	1	7	0
141	69	2	2	1	2	1	0	1	2	20	2
142	79	4	1	4	2	0	0	3	2	14	1
143	70	3	2	2	3	0	0	3	5	13	1
144	60	1	2	4	2	0	0	0	0	5	0
145	79	4	2	2	2	0	0	3	2	14	1
146	61	1	1	4	2	0	0	0	0	3	0
147	65	2	1	4	3	0	0	2	2	7	0
148	68	2	2	0	1	0	0	0	0	2	0
149	69	2	2	0	1	1	0	3	5	28	3
150	67	2	1	4	3	0	0	2	2	10	1

numero	edad	Cat edad	sexo	instrucción	estado civil	nro personas	Ayuda	nro enfermedades	nro medicamentos	cuestionario beck	Nivel Beck
151	83	5	1	2	3	0	0	3	2	3	0
152	64	1	2	4	1	0	0	2	2	1	0
153	71	3	2	2	2	0	0	5	3	17	2
154	70	3	2	2	3	0	0	3	5	21	2
155	60	1	2	4	2	0	0	0	0	4	0
156	65	2	1	1	2	0	0	4	2	22	2
157	88	6	1	1	3	0	0	2	1	11	1
158	68	2	2	0	1	1	0	1	1	10	1
159	72	3	2	0	3	0	0	2	1	16	2
160	69	2	2	4	2	0	0	2	1	3	0

