



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA Y SU INFLUENCIA EN LA  
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR DE ANCIANOS  
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS”**

Requisito previo para optar el Título de Psicóloga Clínica

**Autora:** Freire Acurio, Ana Lucía

**Tutor:** Psc. Sandoval Villalba, Juan Francisco

Ambato-Ecuador

Junio, 2015

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS”** de Ana Lucía Freire Acurio estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del Jurado Examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo 2015

**EL TUTOR**

.....  
Psc. Juan Francisco Sandoval Villalba

## **AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO**

Los criterios en el trabajo de investigación **“LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN ELE HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Marzo 2015

LA AUTORA

.....  
Freire Acurio, Ana Lucia

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

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

Ambato, Marzo 2015

LA AUTORA

.....  
Freire Acurio, Ana Lucia

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “**LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**” de Ana Lucía Freire Acurio, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Junio del 2015

Para constancia firman

.....  
Presidente/a

.....  
Primer Vocal

.....  
Segundo Vocal

## **DEDICATORIA**

Al culminar con una etapa más de mi vida, dedico este trabajo y todos mis estudios universitarios:

A Dios, por la fortaleza y fuerza que me ha dado durante el transcurso de mi vida.

A mi familia, que de una u otra manera contribuyeron con mi triunfo.

A mi Padre, por el apoyo brindado y por estar a mi lado incondicionalmente.

A mi hermano Darío, por su cariño, apoyo y confidencialidad que me ha sabido brindar durante toda mi vida.

A mi tía Germania por su afecto, esfuerzo y gran comprensión.

## **AGRADECIMIENTO**

He de reconocer la inestimable ayuda y cooperación de todas aquellas personas que han hecho posible la realización del presente trabajo investigativo que permite cristalizar un objetivo de mi vida profesional.

A mi Tutor de Tesis, Psc. Juan Francisco Sandoval Villalba por sus conocimientos brindados, su tiempo su amistad durante esta larga labor.

A las autoridades del Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús que me dieron las facilidades para la aplicación de los diversos instrumentos de investigación.

Y aquellas personas que hicieron posible la investigación y la presentación de la misma.

Mis sinceros agradecimientos

## Tabla de contenido

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
DERECHOS DE AUTOR.....	iii
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN EJECUTIVO.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
INTRODUCCIÓN.....	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
CAPÍTULO I	
1. Tema:.....	3
La sintomatología clínica y su influencia en la calidad de vida del Adulto Mayor en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús .....	3
1.2 Planteamiento del problema .....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.2 Análisis crítico.....	10
1.2.3 Prognosis .....	10
1.2.4 Formulación del problema .....	11
1.2.5 Preguntas directrices.....	11
1.2.6 Delimitación del problema .....	11
1.2.7 Delimitación de Contenido.....	11
1.3 Justificación .....	12
1.4 Objetivos.....	13



1.4.1	Objetivo general .....	13
1.4.2	Objetivos específicos.....	13

## CAPÍTULO II

2	MARCO TEÓRICO.....	14
2.1	Antecedentes de investigación.....	14
2.2	Fundamentación.....	17
2.2.1	Filosófica.....	17
2.2.2	Epistemológica .....	17
2.2.3	Sociológica .....	17
2.2.4	Legal.....	18
2.2.5	Psicológica.....	20
2.3	Categorías Fundamentales .....	23
2.4	Formulación de hipótesis .....	38
2.5	Señalamiento de variables .....	38

## CAPÍTULO III

3	METODOLOGÍA .....	39
3.1	Enfoque de la investigación.....	39
3.2	Modalidad básica de la investigación .....	39
3.2.1	De campo.....	39
3.2.2	Bibliográfica Documental .....	39
3.2.3	De Intervención Social o Proyecto Factible .....	40
3.3	Nivel o tipo de investigación .....	40
3.3.1	Asociación de variables.....	40
3.4	Población y muestra.....	40
3.5	Operacionalización de variables .....	41

3.5.1	Matriz de la Operacionalización de Variable Independiente: Sintomatología Clínica Psicológica .....	41
3.5.2	Matriz de la Operacionalización de Variable Dependiente: Calidad de Vida.....	44
3.6	Técnicas e Instrumentos .....	46
3.6.1	Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis: .....	46
	(Anexo 1) .....	46
3.6.2	Cuestionario SF36: .....	47
	(Anexo 2) .....	47
3.7	Recolección de información .....	48
3.7.1	Tabulación de la información obtenida .....	48
3.8	Procesamiento y análisis .....	48
4	CAPÍTULO IV.....	49
	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	49
4.1	Variable Independiente .....	51
4.1.1	INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA SCL 90R .	51
4.2	Variable Dependiente .....	53
4.2.1	CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 (CALIDAD DE VIDA) .....	53
4.3	Comprobación de Hipótesis.....	57
5	CAPÍTULO V .....	90
5.1	Conclusiones.....	90
5.2	Recomendaciones .....	91
6	CAPÍTULO VI.....	92
6.1	Datos informativos .....	92
6.1.1	Tema de Propuesta .....	92
6.1.2	Institución Ejecutora .....	92

6.1.3	Institución beneficiaria .....	92
6.1.4	Beneficiarios.....	92
6.1.5	Tiempo estimado para la ejecución .....	93
6.1.6	Equipo Responsable .....	93
6.2	Antecedentes de la propuesta.....	93
6.3	Justificación .....	94
6.4	Objetivos.....	94
6.4.1	General .....	94
6.4.2	Específico .....	94
6.5	Fundamentación teórica.....	95
6.5.1	Introducción .....	95
6.6	Modelo Operativo.....	99
6.7	Administración de la propuesta .....	102
6.7.1	Recursos Institucionales .....	102
6.7.2	Recursos Humanos .....	102
6.7.3	Recursos Materiales .....	102
6.7.4	Recursos de Oficina .....	103
6.7.5	Otros Recursos .....	103
6.7.6	Recursos Financieros.....	103
6.7.7	Cronograma de Actividades .....	105
7	Bibliografía .....	106

## Índice de tablas

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN .....	49
TABLA 2. RANGO DE DIMENSIONES DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA .....	51
TABLA 3. RESULTADOS CALIDAD DE VIDA.....	53
TABLA 4. ESTADÍSTICAS DE GRUPO CALIDAD DE VIDA: SEXO SPSS.....	55
TABLA 5. RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS CALIDAD DE VIDA ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL SPSS .....	57
TABLA 6. RESUMEN DE PROCESAMIENTO CALIDAD DE VIDA SOMATIZACIÓN SPSS .....	59
TABLA 7. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO .....	60
TABLA 8. RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS CALIDAD DE VIDA OBSESIONES Y COMPULSIONES SPSS.....	62
TABLA 9. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO SPSS .....	63
TABLA 10. RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS CALIDAD DE VIDA SENSITIVIDAD INTERPERSONAL SPSS .....	65
TABLA 11. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO SPSS .....	66
TABLA 12. RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS CALIDAD DE VIDA DEPRESIÓN SPSS .....	68
TABLA 13. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO SPSS .....	69
TABLA 14. RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS CALIDAD DE VIDA ANSIEDAD .....	71
TABLA 15. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO SPSS .....	72
TABLA 16. RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS CALIDAD DE VIDA ANSIEDAD FÓBICA SPSS .	74
TABLA 17. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO SPSS .....	75
TABLA 18. RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS CALIDAD DE VIDA IDEACIÓN PARANOIDE .....	77
TABLA 19. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO SPSS .....	78
TABLA 20. RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS CALIDAD DE VIDA PSICOTICISMO SPSS .....	80
TABLA 21. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO SPSS .....	81
TABLA 22. RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS CALIDAD DE VIDA HOSTILIDAD SPSS.....	83
TABLA 23. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO SPSS .....	84
TABLA 24. CORRELACIONES CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA SPSS	88
TABLA 25. FASE INTRODUCTORA .....	99
TABLA 26. FASE II TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.....	100
TABLA 27. FASE II TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.....	101

TABLA 28. RECURSOS HUMANOS .....	102
TABLA 29. RECURSOS MATERIALES .....	102
TABLA 30. RECURSOS OFICINA .....	103
TABLA 31. OTROS RECURSOS.....	103
TABLA 32. RECURSOS FINANCIEROS .....	104
TABLA 33. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	105

## Índice de gráficos

GRÁFICO 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS .....	9
GRÁFICO 2. RED CONCEPTUAL VARIABLE INDEPENDIENTE.....	21
GRÁFICO 3. RED CONCEPTUAL VARIABLE DEPENDIENTE.....	22
GRÁFICO 4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	23
GRÁFICO 5. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLE INDEPENDIENTE.....	43
GRÁFICO 6. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLE DEPENDIENTE.....	45
GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GENERO.....	50
GRÁFICO 8. RANGO DE DIMENSIONES DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA .....	52
GRÁFICO 9. CALIDAD DE VIDA TABLA GENERAL.....	54
GRÁFICO 10. CALIDAD DE VIDA ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL SPSS .....	58
GRÁFICO 11. CALIDAD DE VIDA SOMATIZACIÓN SPSS.....	61
GRÁFICO 12. CALIDAD DE VIDA OBSESIONES Y COMPULSIONES SPSS .....	64
GRÁFICO 13. CALIDAD DE VIDA SENSITIVIDAD INTERPERSONAL SPSS .....	67
GRÁFICO 14. CALIDAD DE VIDA DEPRESIÓN SPSS .....	70
GRÁFICO 15. CALIDAD DE VIDA ANSIEDAD SPSS .....	73
GRÁFICO 16. CALIDAD DE VIDA ANSIEDAD FÓBICA SPSS .....	76
GRÁFICO 17. CALIDAD DE VIDA IDEACIÓN PARANOIDE SPSS.....	79
GRÁFICO 18. CALIDAD DE VIDA PSICOTISMO SPSS .....	82
GRÁFICO 19. CALIDAD DE VIDA HOSTILIDAD SPSS .....	85

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

**“LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS”**

**Autora:** Freire Acurio, Ana Lucia

**Tutor:** Psc. Sandoval Villalba, Juan Francisco

**Fecha:** Marzo, 2015

**RESUMEN**

El presente estudio investigativo tiene como principal objetivo investigar como la Sintomatología Clínica Psicológica influye en la calidad de vida del Adulto Mayor en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

La investigación se efectuó en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, de la Ciudad de Ambato durante el periodo académico Octubre 2014-Marzo 2015. Metodológicamente la observación se obtuvo mediante la aplicación de los Test Psicométricos: Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis y el Cuestionario SF36 a 35 Adultos Mayores; con los objetivos de explorar las dimensiones de la sintomatología clínica psicológica e indagar como mejorar la calidad de vida de los ancianos.

Se concluyen que la Sintomatología Clínica Psicológica no influye en la Calidad de vida de los Adultos Mayores y se recomienda brindar asesoramiento psicológico a sus cuidadoras y a cada una de las familias del adulto mayor, dándoles a conocer sobre la calidad de vida que presentan los adultos mayores y como mejorarla.

**Palabras claves:** sintomatología clínica, calidad de vida, adultos mayores, ancianos.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**CLINICAL PSYCHOLOGY**

**"CLINICAL PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS AND ITS INFLUENCE ON THE  
QUALITY OF LIFE FOR OLDER HOMES IN THE SACRED HEART OF JESUS"**

Author: Ana Lucia Freire Acurio

Tutor: Psc. Sandoval Villalba, Juan Francisco

Date: March, 2015

**ABSTRACT**

The present research study 's main objective is to investigate how the Psychological Clinical symptomatology affects the quality of life for the Elderly in Nursing Home Sacred Heart of Jesus.

The research was conducted in the Nursing Home Sacred Heart of Jesus, of the City of Ambato during the academic period October 2014-March 2015. Methodologically observation was obtained by applying the Psychometric Test: Symptom Inventory SCL-90-R L. Derogatis and SF36 Questionnaire 35 Aging; with the objectives of exploring the psychological dimensions of clinical symptoms and inquire as to improve the quality of life of the elderly.

They conclude that Clinical Psychological Symptomatology does not influence the quality of life of Aging and recommended providing counseling to their caregivers and to each of the families of the elderly, making them aware of the quality of life of older adults presenting and how to improve it.

Keywords: clinical symptoms, quality of life, older adults, elderly.



## INTRODUCCIÓN

La vida del ser humano es impredecible e insólita y más aun con el pasar de los años, al llegar al declive de la vida se evidencia la presencia de padecimientos psicológicos, físicos y enfermedades empezando a sentir dolor, angustia, desesperación al no saber que tenemos en nuestro cuerpo y mente. La medicina y las investigaciones han pasado hacer un punto importante en la vida del ser humano ya que gracias a ello se conoce la cura para combatir la enfermedad del cuerpo.

Y mientras ha pasado los años entre las investigaciones exitosas aparece la rama de Psicología una ciencia que llega a la vida del hombre para ayudar a tratar malestares como el sufrimiento, la depresión, problemas familiares en las personas y encargándose de la evaluación, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención de las cuestiones que afectan a la salud mental.

La enfermedades mentales en la actualidad afectan a millones de personas siendo niños, jóvenes, adolescentes, adultos y adultos mayores quienes han buscado ayuda profesional y la han obtenido, mientras que otras personas no lo han logrado debido a situaciones económicas o falta de conocimiento. Es por eso que profesionales en la rama han dado a conocer parte de la Psicología Clínica por medio de campañas de salud mental ayudando de esta manera a las personas que lo necesitan.

Aunque parezca que en la etapa de la vejez no se necesite de ayuda de un profesional, esto no es así ya que también el adulto mayor con el pasar de los años necesita orientación psicológica ya que con su declive empieza tener varias pérdidas como su rol dentro de la familia, la muerte de sus amigos, la pérdida de su trabajo a más decaer por varias sintomatologías psicológicas siendo uno de sus de esos síntomas la depresión, la hostilidad, la sensibilidad al no comprender y no ser comprendido en su etapa de senectud la cual disminuye la calidad de vida.

Es por esa razón que la investigadora ha puesto énfasis e interés en el presente trabajo cuyo tema es “La Sintomatología Clínica Psicológica y su Influencia en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús”

Teniendo como objetivos principales identificar el mayor porcentaje de Sintomatología Clínica Psicológica y determinar cuál es el nivel de la Calidad de vida que prevalece en el Adulto Mayor para a su vez proponer una solución al problema identificado, utilizando análisis cuantitativos y cualitativos.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Tema:

**La sintomatología clínica y su influencia en la calidad de vida del Adulto Mayor en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús**

### 1.2 Planteamiento del problema

#### 1.2.1 Contextualización

##### *1.2.1.1 Macro*

Datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2001, situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas de algún tipo de trastorno mental en todo el mundo (Clark, 2011).

Dentro de la sintomatología clínica encontramos diferentes síntomas que el adulto mayor que ha presentado en su vida. En estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, existe evidencia de cuadros depresivos en pacientes hospitalizados e institucionalizados que en personas insertas en la comunidad, entre 1 y 4% de la población anciana en la comunidad presenta depresión mayor, equivalente a una incidencia de 0-15% por año, mientras que en pacientes hospitalizados este porcentaje aumenta al 10-12% y 12-14% en pacientes institucionalizados, dentro de este grupo, también prevalecen los trastornos fóbicos (4,8%), seguidos por el trastorno obsesivo-compulsivo (0,8 %) y el trastorno de pánico (0,1 %) (Angulo, 2011). Mientras que el trastorno depresivo llega hasta el 25% dentro de los centros geriátricos los cuales están ligados con el suicidio en los ancianos siendo solo una mínima parte de ellos quienes reciben ayuda psicológica (Sánchez, 2014).

En los datos norteamericanas, al menos el 12% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen un trastorno mental diagnosticable, en el caso de pacientes internados por trastornos de tipo orgánico se calcula que el 40-50% presenta trastornos mentales y en instituciones geriátricas alrededor del 70 al 94% los padece (Boggio, 2011).

España ocupa el puesto 21 ha nivel mundial de calidad de vida de las personas mayores de 65 años, por detrás de países como Alemania, que ocupa el quinto puesto; Estados Unidos, que se sitúa en la octava posición; Reino Unido en el undécimo; y Francia, en el decimosexto (Cermi, 2014) . E n los países desarrollados, la población mayor de 65 años representa el 15% y los mayores de 80 años suponen el 3% de la población occidental. Pero lamentablemente aún en pleno siglo XXI, nuestra actual sociedad los obliga enfrentarse a escenarios de inequidad, asimetría y exclusión social (García, 2012).

Encontraron que Suecia es el país con mejor calidad de vida para el adulto mayor, a más de mencionar a Noruega y Japón, en el tercer puesto se ubica Canadá, seguido por Suiza, Alemania mientras que Holanda ocupa la sexta posición y Estados Unidos la octava. Los lugares donde no existe bienestar para los ancianos son de Afganistán y antes de este Pakistán, Tanzania y Jordania (BBC, 2013).

En la encuesta nacional (2001-2012), España explora por primera vez la calidad de vida relacionada con la salud de la población de ancianos, en la cual se obtuvo que el 10,9% manifiesta tener problemas para realizar las actividades de la vida cotidiana y un 6,1% para lavarse o vestirse lo se podría decir que la calidad de vida del adulto mayor se ve afectada (INE, 2013).

#### *1.2.1.2 Meso*

La sintomatología clínica del adulto mayor, ha venido siendo indagada por varios investigadores a nivel de Latinoamérica, la cual manifiesta diferentes tipos de patologías. En América Latina existe una progresiva carga de trastornos mentales, en una revisión realizada por la OPS (2005), en los últimos 15 años hasta el 2004, reveló una prevalencia media anual del 1% para psicosis no afectivas, 4.9% para depresión mayor (Guzman & Romero, 2013). La depresión es una de las

enfermedades de prioridad de salud en los adultos mayores de 65 años en Chile, según las últimas Encuestas Nacionales de Salud existe una prevalencia del 3,7 % de síntomas depresivos (hombres: 2 mujeres: 4,9) (Angulo, 2011).

México presenta una prevalencia global de los trastornos de ansiedad en los ancianos entre el 1 y el 18%, a más de presentar síntomas psicóticos con el 20-50% y por ultimo un 10% manifiestan fobia (Oscar, 2010).

Según conferencias sobre el envejecimiento en países latinoamericanos como Argentina, Uruguay, Puerto Rico y Cuba muestran un porcentaje de adultos mayor de 60 años superior al 13 %; le siguen, con un "envejecimiento moderado avanzado" Brasil, Chile, Jamaica, Bahamas, Surinam y Trinidad Tobago, con un porcentaje mayor al 8 %. Con un "envejecimiento moderado" se ubican Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, Venezuela y República Dominicana, con una tasa de adultos mayores de 6,9 %. Al final, con un "envejecimiento incipiente" aparecen Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, que tienen en la actualidad 5,5 % de su población en este rango de edad.

Se realizó un estudio con adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces, durante el periodo de febrero de 2012 a febrero de 2013, señalando la investigación la totalidad de ancianos que poseen una percepción baja de calidad de vida, solo uno percibe la calidad de vida en nivel medio y ninguno alta, existiendo un predominio del rango de 60-69 y 70-79 años de edad, y del sexo masculino sobre el femenino.

Una investigación desarrollada en Matanzas en el año 2009 con adultos mayores muestra que predomina la percepción de calidad de vida baja (43,3 %), seguida de la media (36,4 %) y finalmente la alta (20,2 %). Los resultados de esta investigación son aún más desfavorables, pues ningún adulto mayor experimenta una calidad de vida alta, lo que puede considerarse esté asociado al hecho de que se trata de ancianos institucionalizados (Rodríguez, 2014).

Principales resultados de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 en Argentina, está compuesta por el 57 por ciento de mujeres, a medida que se avanza en la edad, las mujeres incrementan su participación relativa, representando el 63 por ciento de las personas

de 75 años y más. En la indagación sobre autopercepción de la salud, los resultados de la encuesta muestran que, con relación a esta dimensión, un 59,4 por ciento del total de las personas de 60 años y más considera que su salud es buena, muy buena o excelente, mientras que el 34 por ciento la percibe como regular y el 6,7 por ciento, mala (Mayores, 2014).

La Segunda Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez, 2010 en Chile contiene importantes datos acerca de la situación económica y laboral de los adultos mayores, sus condiciones de salud y las actividades sociales y relaciones familiares que mantienen en la actualidad. Asimismo y en términos generales, entrega un resumen de los factores determinantes asociados al logro de una mejor calidad de vida para los adultos mayores. En este estudio se observó un mejoramiento de la sensación de bienestar entre el 2007 respecto de 2010, pasando de un 56% de personas mayores que se sentían satisfechas con su vida en 2007, a un 60% en 2010. Este resultado se asocia a un mejoramiento en las condiciones económicas de las personas en encuestadas, lo que demuestra un cambio importante y nos enfrenta a una realidad muy distinta a la de hace algunas décadas.

Otro de los indicadores sobre la calidad de vida en la población adulta mayor de Chile es la pareja, solo el 57% de los adultos mayores viven en pareja, lo que indica que el 43% no tiene la posibilidad de generar el espacio de intimidad y compañía asociado a la pareja, lo cual es un factor de riesgo para los indicadores biomédicos y de calidad de vida en general. Cerca de la quinta parte de los adultos de 80 y más años presentan deterioro cognitivo, sin diferencias mayores según el sexo; entre estos adultos, algo más del 4% presentan un grado medio o alto de incapacidad para desempeñarse en la vida cotidiana (García, 2012).

### *1.2.1.3 Micro*

La sintomatología clínica del adulto mayor, ha venido siendo indagada a nivel de Ecuador en los cuales se puede mencionar; que en el Ecuador  $\frac{1}{4}$  de la población mayor de 65 años padece alguna enfermedad psiquiátrica. Datos estadísticos (depresión moderada/ansiedad 10%; depresión grave 2.5%; trastornos delirantes 0.5%) (Robalino, 2009). Un estudio reciente del posgrado de Psiquiatría de la Universidad Central llegó a la conclusión de que en la capital se reporta una prevalencia del episodio depresivo mayor del 13,4% (por 100 habitantes adultos en 12 meses),

muy por encima de la media de la región del 4,9%. Para la investigación se tomó una muestra de 1 800 habitantes de zonas urbana y rural, como resultados existe un impacto en los adultos, entre los 40 y 59 años. En Psiquiatría del Hospital Eugenio Espejo es la principal causa de atención, seguida de los trastornos de ansiedad, adaptación y situacional. En el 2011 representó el 19% de todas las consultas y en los primeros cinco meses de este año se elevó al 24,4%. (Comercio, 2012).

En los Asilos de la Provincia del Cañar, se encontró que el rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años. Representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino (Crespo, 2011). Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), solo la población entre 10 y 14 años representa el 11%, es decir, 1' 539.342 es decir que la población envejece cada vez más. Por ejemplo, la de 60 a 64 años representa el 2,8% de la población, esto es 400.759 personas; en el 2001 eran 293.667: el 2,4% de ecuatorianos (INEC, 2011). El número más alto de personas adultas no tiene una adecuada calidad de vida y tampoco hay cobertura de salud ni seguro social. "No solo es aumentar años de vida de las personas, sino su calidad de vida (Expreso, 2011).

Conforme a los datos del INEC del censo del 2010, el 11% de los adultos mayores viven solos, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%). A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida el 28% indica sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. Por lo tanto la calidad de vida del adulto mayor aumenta cuando vive acompañado de alguien; es decir 73% de ancianos viven insatisfechos viviendo solos, mientras que el 83% viven satisfechos con la vida si viven acompañados (Villacís, 2011).

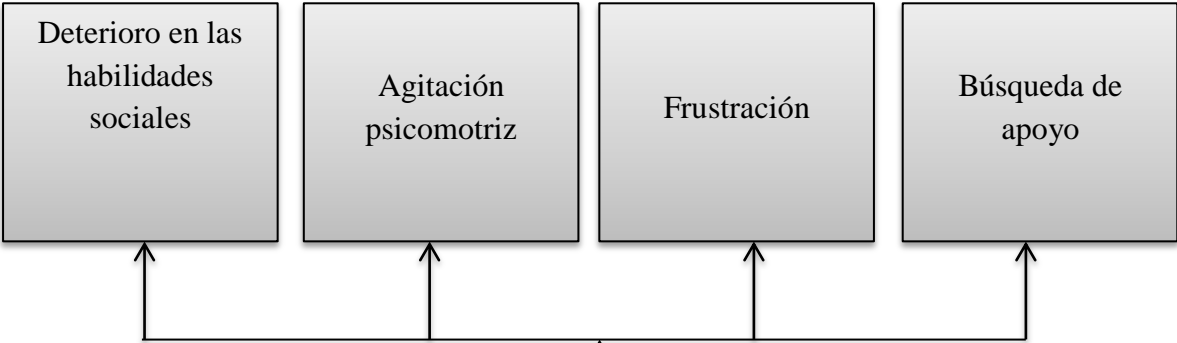
Cuando el adulto mayor se siente útil y rodeado por sus amistades a más de ejecutar su propio trabajo se siente recompensando, incluso su autoestima mejora y puede desenvolverse en su medio sin mayor dificultad sin embargo existen adultos mayores que no se desempeñan en la sociedad afectando el 49,4% a los hombres y el 50,1% a las mujeres (Hora, 2011). El 8,09%

representa la población de adultos mayores en Imbabura en la cual la esperanza de vida es de 79,8 años para los hombres mientras que el media para las mujeres es de 83,4. Los datos estadísticos dan cuenta que el cantón Ibarra es el que ofrece más esperanza de vida con una edad promedio de 81,8 años, frente a Urcuquí que tiene la más baja esperanza de vida con una edad promedio de 79,8 años (Rosales, 2010) .



# ÁRBOL DE PROBLEMAS

## EFEECTO



## CAUSA

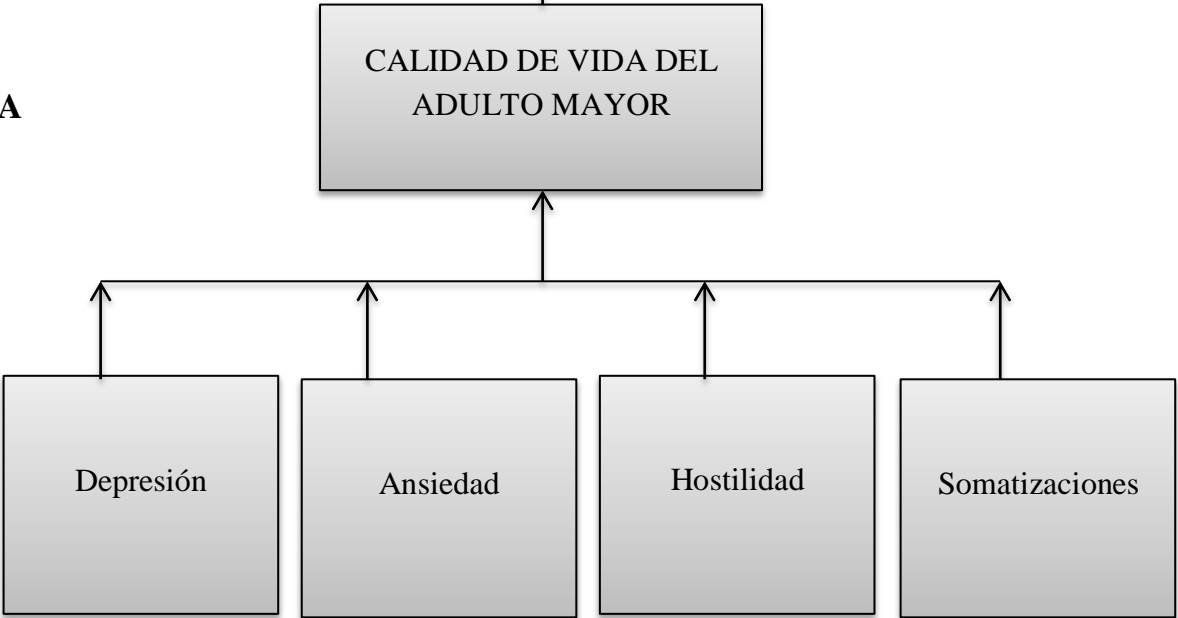


Grafico 1. Árbol de problemas  
Elaborado por: Freire, A 2015

### **1.2.2 Análisis crítico**

La calidad de vida del adulto mayor se ha venido deteriorando debido a la sintomatología clínica que ha aparecido en la senectud con diferentes trastornos del estado del ánimo como son la depresión, la ansiedad, la hostilidad y la frustración las cuales han generado excesivas preocupaciones manifestando inquietud por su futuro, provocándole de esta manera agitación psicomotora, malestar, tristeza, incapacidad de disfrutar las actividades que antes solía realizar sintiéndose incomprendido por su entorno familiar y social por lo que a su vez se han deteriorado las habilidades sociales que solía mantener el anciano.

Es importante mencionar que las somatizaciones que el adulto mayor presenta en su vida también ha venido afectando, el solo hecho de presentar varias dolencias a su vez ha generado en el anciano preocupación como el dejar de valerse por sí mismo y necesitar de otros para desenvolverse, dejar de ser útil para la sociedad entre otros. Por lo que es propio como cuidadores del adulto mayor ser un apoyo para que el, se pueda sentirse útil y por ende integrarlo como un ente biopsicosocial.

### **1.2.3 Prognosis**

La sintomatología clínica y la calidad de vida del adulto mayor son aspectos de índole significativa dentro de la sociedad debido a que el envejecimiento se hace más intenso en las últimas décadas expresando dificultades para la adaptación en el medio social en el que se desenvuelve, debido a que viene acompañada por trastornos emocionales los cuales afectan la vida del anciano. El tratar de establecer una mejor salud psicológica y a su vez evitar que se hunda con lo patológico es el objetivo principal para así prolongar una esperanza de una mejor vida y evitar muertes por la falta de cuidado.

Es por ello que la Gerontología debe ir de la mano con la investigación para que así se logre un estado de salud que permita al anciano conservar al máximo la expectativa de vida activa y mantener un alto nivel funcional. Es de suma importancia mencionar que la sintomatología clínica presenta síntomas como la depresión, ansiedad, somatizaciones, psicosis, ideas psicóticas que han sido causantes de la muertes en algunos ancianos, es por ello el gobiernos ha contribuido en el mejoramiento de instituciones para ancianos con el fin de prolongar la calidad de vida del

adulto mayor. Por lo que si se trata con más cautela la sintomatología clínica y la calidad de vida del adulto mayor se podrá aseverar en un futuro una sociedad restablecida en la que los adultos mayores puedan valerse por sí mismo y dejen de ser vulnerables ante cualquier situación o enfermedad que presenten.

#### **1.2.4 Formulación del problema**

¿Cómo Influye la Sintomatología Clínica Psicológica en la Calidad de Vida del Adulto del Mayor?

#### **1.2.5 Preguntas directrices**

¿Cuál es el tipo de Sintomatología Clínica Psicológica que prevalece en el grupo de estudio en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús?

¿Cuál es el nivel de Calidad vida del Adulto Mayor en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús?

¿Cómo mejorar la Calidad de vida del Adulto Mayor en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús?

#### **1.2.6 Delimitación del problema**

#### **1.2.7 Delimitación de Contenido**

**Campo:** Gerontología

**Área:** Psicología

**Aspecto:** Sintomatología Clínica Psicología

Influencia con la Calidad de vida

#### **Delimitación espacial**

La investigación se realizará en el en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús

#### **Delimitación temporal**

Esta investigación se realizará en el Periodo Octubre 2014- Abril 2015

### **1.3 Justificación**

La sintomatología clínica y la calidad de vida en el adulto mayor han venido siendo un problema para el anciano debido que con el pasar de los años presenta varios tipos de enfermedades que aparecen con más frecuencia, presentando de esta manera dificultades que obstaculizan la calidad de vida del anciano tanto físico como psicológico. El adulto mayor es un ente importante al igual que el resto de personas que conviven con él, es una persona que representa sabiduría, ejemplo a más de demostrar que tiene las mismas posibilidades dentro de la sociedad.

¿Por qué la discriminación al anciano? Si es un ser humano capaz de realizar las mismas actividades que realizan el resto de personas. El no discriminarlo ayudará al adulto mayor a creer en sus capacidades físicas e intelectuales para que así él pueda seguir dando lo mejor sin importar la edad que tenga.

Es importante también mencionar que la salud psicológica está empezando a impulsarse debido a varios factores que se ha tenido que pasar dentro de la vida misma y la sociedad logrando resultados positivos para este nuevo cambio de salud mental que se está logrando implantar en la constitución del Ecuador.

El desarrollo de este trabajo de investigación pretende mostrar que el adulto mayor puede seguir siendo útil dentro de la sociedad demostrando que puede mejorar su calidad de vida a pesar de su sintomatología clínica que pueda padecer en su senectud.

La realización de esta investigación es factible, ya que se cuenta con el apoyo y autorización del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, siendo los beneficiarios los Adultos Mayores de este centro.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar como la Sintomatología Clínica Psicológica influye en la Calidad de vida del Adulto Mayor, en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Identificar el tipo con mayor porcentaje de Sintomatología Clínica Psicológica en el Adulto Mayor
- Determinar cuál es el nivel de la Calidad de vida que prevalece en el Adulto Mayor
- Proponer una solución al problema identificado en base a las variables investigadas.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de investigación

Leyva, Casamayor y Castañer (2012) han investigado la calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal, desarrollada en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", La Habana. Este estudio plantea objetivos como evaluar la calidad de vida y la depresión en los adultos mayores con problemas renales, en lo cual se pudo interpretar que la mayoría de adultos mayores durante la investigación respectiva perciben una buena calidad de vida siendo un factor de riesgo la depresión ya que es más frecuente en ellos.

Borda, Anaya , Pertuz Rebolledo, Romero de León y Suárez García (2013) han investigado sobre el tema depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo, desarrollado en Hogares geriátricos de Barranquilla, Colombia. Este estudio trata sobre como la depresión en adultos mayores institucionalizados se ha intensificado notoriamente llegando a formar parte de la vida del anciano. Por tal manera la intención de este trabajo investigativo es identificar la prevalencia y los factores de riesgo que el adulto mayor está atravesando para así poder proponer soluciones alternas al problema.

Linde (2013) ha publicado el tema dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados, Cali- Colombia. Este estudio investigo la relación que existe entre la intensidad de dolor y los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida de ancianos hospitalizados, en lo cual se pudo evidenciar que a medida que aumentaba el dolor empeoraba la calidad de vida del anciano aumentando las respuestas asociadas con la ansiedad y depresión.

Melguizo (2014) ha desarrollado el tema calidad de vida en centros de protección social en Cartagena, Colombia, dentro de la Universidad de la Sabana. Este estudio tiene como objetivo describir la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores residentes en centros de protección social, en la cual se aplicó test de valoración mental y una encuesta sociodemográfica obteniendo como dimensiones positivas una plenitud espiritual y autocuidado y con valores mínimos bienestar físico y apoyo comunitario por lo que se puede considerar que los adultos mayores necesitan de un soporte para poder sentirse plenos y vivir su vida de una manera plena.

Parraguez, Terrejon y Anigstein (2011) con el tema calidad de vida en personas mayores en Chile, desarrollado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Este estudio plantea la hipótesis que existe factores gravitantes en la calidad de vida del adulto mayor que son importantes como biodinámicas, tales como la autonomía, interacciones y redes sociales, condiciones económicas, y capacidades de tomar decisiones en esta etapa de la vida .

Hechavarría y Reynier (2014) con el tema calidad de vida en el adulto mayor, 2006, desarrollado en Argentina. Este estudio determina la calidad de vida del adulto mayor a través de una investigación descriptivovertical con 130 pacientes ancianos, a los que se le aplicó la escala MGI calidad de vida y una encuesta que categorizar los factores constituyentes de la calidad de vida. Obteniendo como datos un bajo nivel de la calidad de vida el cual representó el 47, 7%, de los cuales se encontraron los pacientes entre 60-74 años.

Es importante mencionar que la calidad de vida que presente el adulto mayor, depende de su expectativa de vida y el nivel funcionamiento que tenga en la sociedad.

Pinargote (2013) con el tema programa de ejercicios físicos y recreativos para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor del cantón Santa Elena, desarrollado en la Universidad de Guayaquil, Ecuador. Este estudio propone como objetivo promoción de salud y calidad de vida a través de la práctica regular de programas físicos y recreativos a más de integrar mejores condiciones a las incapacidades que surgen en la tercera edad, propiciando vivir más años.

González y Padilla (2010) han indagado en la calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México, desarrollado en la D - Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. El propósito de la investigación fue describir la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento ante los problemas y enfermedades en los ancianos y como se desempeña. Es de suma importancia recalcar que las enfermedades se entrelazan con la calidad de vida del adulto mayor, es decir, sino existe un tratamiento en las enfermedades que padece no podría el anciano mantener una buena calidad de vida debido a que van enlazadas conjuntamente la salud y la calidad de vida del anciano.

Cardona, Alvares y Pastrana (2012) han indagado en la calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín Colombia. La investigación se plantea como objetivo comparar el perfil de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en hogares geriátricos públicos y privados de Medellín. Después de la debida investigación y evaluación a cada uno de los adultos mayores de sus diferentes centros geriátricos se identificaron algunos factores determinantes de la CVRS que evidencian que es necesaria la implementación de políticas de salud pública y acciones en clínicas dentro de los centros geriátricos.



## **2.2 Fundamentación**

### **2.2.1 Filosófica**

La comprensión del hombre ha sido el avance más grande para el desarrollo de la humanidad. El adulto mayor por años ha venido siendo sabiduría por las experiencias de su vida diaria y por ello es prescindible cuidar y logra una mejor calidad de vida.

La investigación se basa en un paradigma crítico propositivo ya que tiene como intención buscar y proponer soluciones al tema de estudio. Fue crítico, porque en este estudio se debatió la sintomatología clínica y su influencia en la calidad de vida que presentan los adultos mayores.

Fue propositiva porque conjuntamente con el adulto mayor se llegó a crear alternativas de solución para restablecerlo en la sociedad (Pazan, 2012).

### **2.2.2 Epistemológica**

Es fundamental mencionar que la presente investigación se basara en las hipótesis planteadas por lo que se espera obtener resultados favorables para así plantear soluciones alternas al problema planteado. Lo que se espera que el adulto mayor mejore su calidad de vida, a pesar de la sintomatología que padezca, por lo que el propósito de la investigación es demostrar que el anciano puede convertirse en un ente proactivo y llegar a un equilibrio biopsicosocial sin importar su senectud. (Pazan, 2012).

### **2.2.3 Sociológica**

Por años la sociedad ha tomado un lugar importante dentro de la humanidad, logrando así que el ser humano se convierta en un ente biopsicosocial que busca trascendencia con el pasar de los años. La interacción social de las personas es un proceso reciproco bajo ciertas condiciones que obra por medio de los factores sociales, por ende el adulto mayor a pesar de su baja rendimiento productivo también forma parte de la sociedad por lo que el objetivo es integrarlo para que no se sienta rechazado ni minimizado a pasar de su vejez (Pazan, 2012).

## **2.2.4 Legal**

Según la Constitución de la República del Ecuador en la “Ley especial del Anciano” No. 127 R.O. 806 6- XI 91; podemos mencionar artículos que amparan al adulto mayor.

### **Disposiciones Fundamentales**

Alarcón, 1991 menciona que los artículos mencionados garantizan el derecho mediante políticas sociales, culturales que se han establecido en el Ecuador

### **Capítulo I**

**Art. 2.-** El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológico integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

Art. 3.- El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Asimismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente Ley, en especial a aquellas entidades, sin fines de lucro, que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológico y otras actividades similares (Delgado & Muñoz, 2015).

## **CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR (2008)**

Artículos relacionados con los adultos mayores

### **Sección primera: Adultas y adultos mayores**

**Art. 36.-** Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

**Art. 37.-**El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

**Art. 38.-** El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.

5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad.

En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

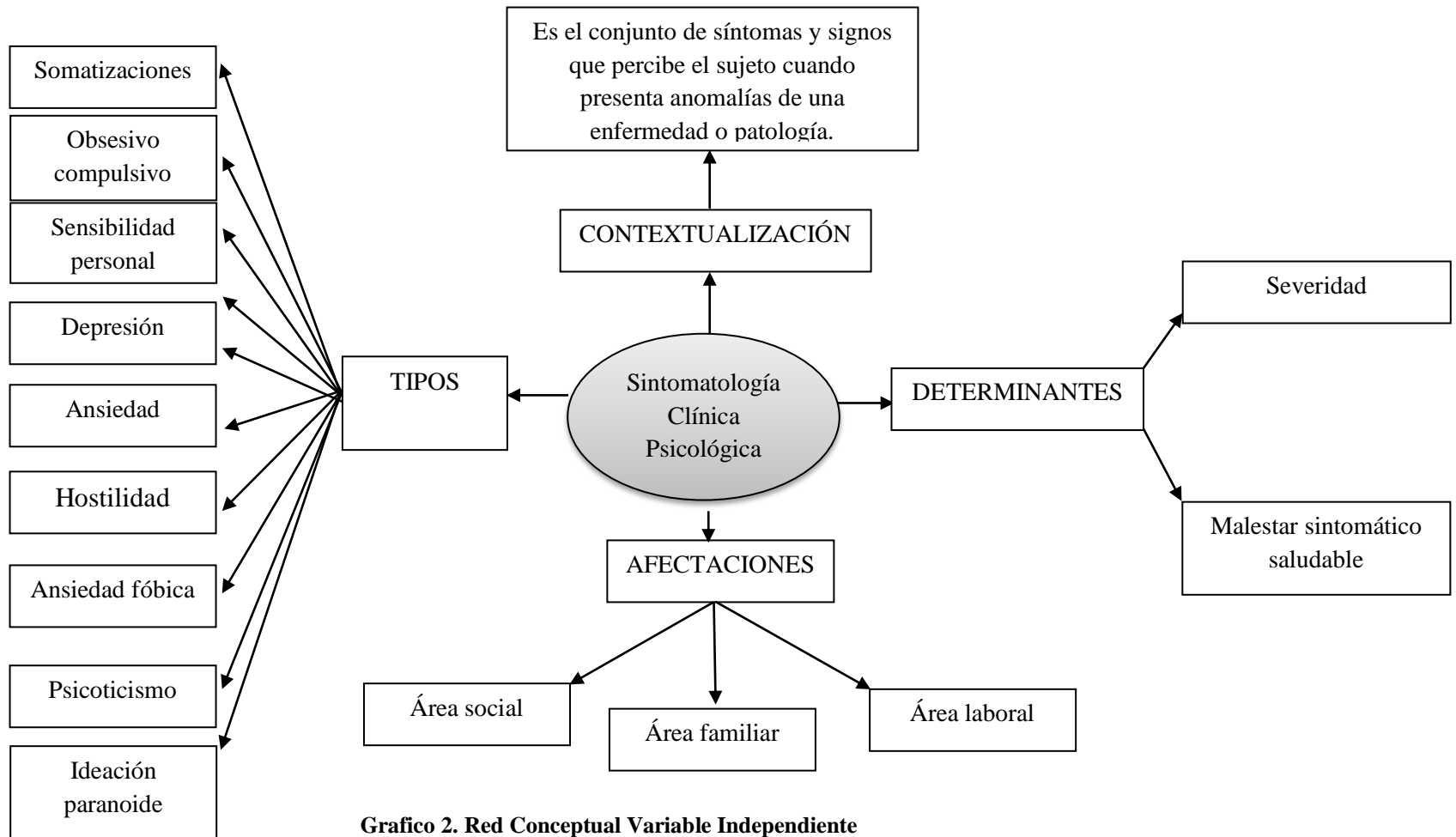
La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección (García, 2011).

### **2.2.5 Psicológica**

En los adultos mayores es común que las sintomatología clínica afecta a la calidad de vida por lo que el objetivo de este trabajo a desarrollar es realizar una intervención cognitivo-conductual que permita mejorar la condición de vida del grupo de ancianos que mantengan una baja índice calidad de vida.

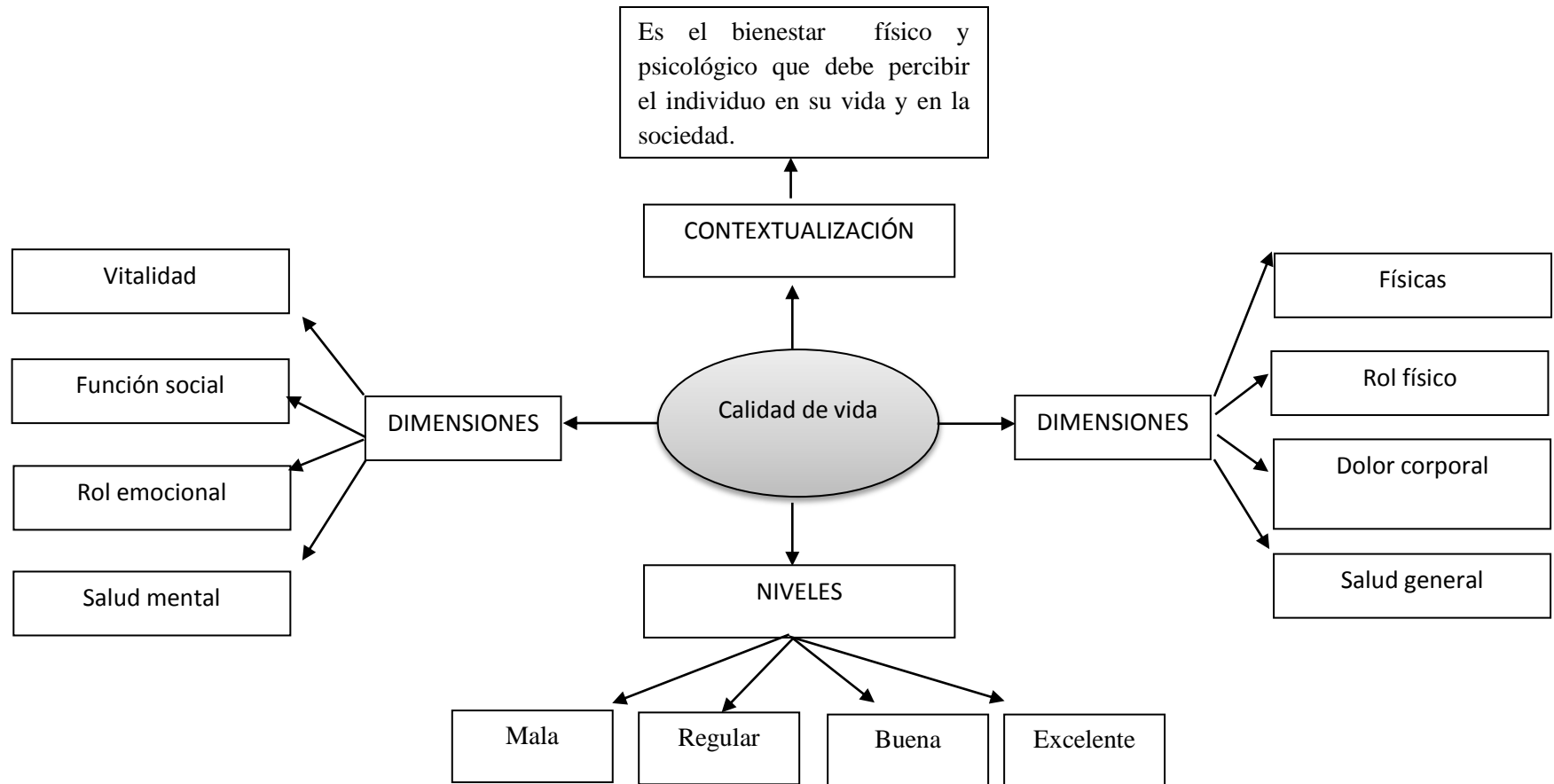
La Terapia Cognitivo-Conductual se estructurara a través de la observación, la cual se dará al grupo de ancianos del Centro de reposo sagrado corazón de Jesús proponiendo como objetivo tratar que los ancianos empiecen a modificar sus emociones y creencias para así sustituir por unas más apropiadas y de esa manera disminuir las ideas irracionales que presente para reemplazarlos por una perspectiva más real, útil y adaptativa (Tangient, 2011).

## RED CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE



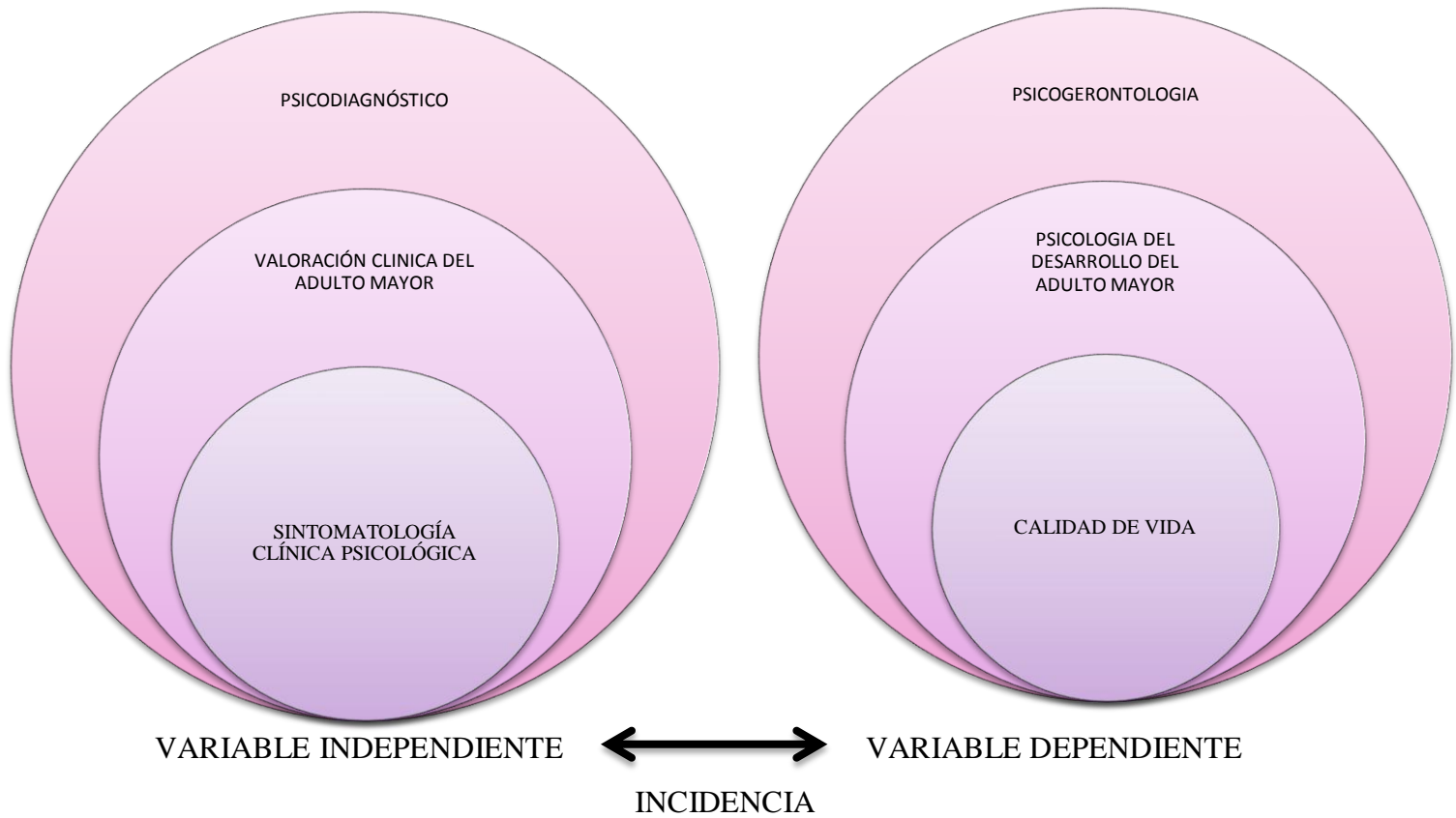
**Grafico 2. Red Conceptual Variable Independiente**  
 Elaborado por: Freire, A 2015

## RED CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE



**Grafico 3. Red Conceptual Variable Dependiente**  
Elaborado por: Freire, A 2015

### 2.3 Categorías Fundamentales



**Grafico 4. Categorías Fundamentales**  
Elaborado por: Freire, A 2015

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE VARIABLES

### **Variable Independiente:**

#### **Psicodiagnóstico**

La palabra psicodiagnóstico proviene de tres raíces griegas “pykhe” que significa (alma día” que significa (distinción-diferenciado) y “gignosko” que significa aprender a conocer, por lo que uniendo los tres significados se entendería como aprender a conocer la Psique.

Dentro de la historia del psicodiagnóstico la palabra “psykhe” (alma) ha variado de acuerdo al desarrollo científico de diferentes autores como Wundt que interpreta el “psykhe” como mente, Watson, desde su conductismo, describe el “psykhe” como algo que no se puede ver ni cuantificar. Por otro lado el término “Psicodiagnóstico” también estaba adherido a la tradición médica vinculándola con las alteraciones de la mente o trastornos orgánicos, que se detectaban a través de pruebas cualitativas de interpretación libre (Ladines & Sumba, 2014).

Además el Psicodiagnóstico es una subdisciplina de la Psicología científica que se sustenta los hallazgos de las demás áreas de esta ciencia, como es la Psicología diferencial, de la personalidad, cognitiva, del aprendizaje, de la psicofisiológica y Psicología neurológica, de la psicopatología, de la Psicología social, así como de los avances metodológicos de la Psicología Experimental y uno de los objetivos del Psicodiagnóstico es recoger información la misma que al ser analizada permita la debida orientación y tratamiento de la persona evaluada (Velazco, 2015).

Una de las funciones principales de un psicólogo es efectuar un diagnóstico psicológico a través de métodos propios de la psicología como son la entrevista, los reactivos psicológicos y la historia clínica los cuales han servido de apoyo para evaluar la conducta del ser humano desde un enfoque empírico (Bustos, 2013).

Entre las etapas principales dentro del psicodiagnóstico encontramos la entrevista inicial la cual es un campo de interacción marcado por la observación siendo esta una fuente de información a más de permitirle al psicólogo conseguir el motivo de consulta, formular varias hipótesis sobre el foco del problema y planificar la evaluación del entrevistado. El



objetivo principal de la entrevista es lograr formar una relación entrevistado y entrevistador en la que el entrevistador deberá entender al entrevistado y crear un genuino interés por el mismo (Polanco, 2015).

Además la entrevista se caracteriza por ser una técnica previa al diagnóstico y se desarrolla a través de una conversación con la finalidad de que el sujeto demandante explique su problema, convirtiendo a la entrevista en un instrumento insustituible dentro de la evaluación. También existen algunos tipos de entrevista como es la estructurada la cual se ajusta a un guion establecido y estandarizado es decir el entrevistador se guía a través de un cuestionario; la semiestructurada se refiere a que existe un guion previo con cierto grado de libertad y por último tenemos la entrevista libre en la que el entrevistado habla en función a sus necesidades (Paino, 2011).

La evaluación psicológica implica una relación en los momentos de tratamiento, post tratamiento y pretratamiento, con estimaciones y juicios de valor, con cuestiones éticas consideradas, a más, de incorporar una visión abierta e integradora, considerándose como un proceso de evaluación que amplía el objeto de la evaluación psicológica a contextos, programas o intervenciones. Los test psicológicos son instrumentos experimentales que tiene por objeto medir o evaluar. La medición psicológica es un proceso que le permite al psicólogo cuantificar características humanas y objetivizar procesos de evaluación por lo que en su manejo requiere una fundamentación teórica, un conocimiento técnico de los instrumentos y un manejo ético de los mismos (Ladines & Sumba, 2014).

Dentro del psicodiagnóstico encontramos también a la historia clínica el cual un instrumento que permite descifrar y explicar el curso de la vida del paciente en cuanto interesa para el estudio de la enfermedad. La historia clínica se estructura de la siguiente manera datos generales, motivo de consulta el cual se redacta a renglón seguido, también tenemos la historia de la enfermedad la cual hace referencia al padecimiento de la enfermedad hasta su momento actual, contamos con la historia personal que trata sobre información familiar, escolar, social, y laboral, también tenemos otro punto como es la personalidad básica aquí se da la descripción de las características psicológicas del paciente de acuerdo a la información obtenida en la anamnesis, entrevistas y observaciones realizadas, igualmente tenemos la

historia familiar incluyendo un genograma, también contamos con un análisis de pruebas psicológicas aplicadas, examen de funciones, impresión clínica, diagnóstico y tratamiento o plan de orientación (Tomas, 2010).

### **Valoración clínica del adulto mayor**

La valoración geriátrica es un instrumento de evaluación interdisciplinario y multidimensional biopsicosocial y funcional, que permite identificar y priorizar de manera oportuna los problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento oportuno. Siendo este, un término usado generalmente para describir un abordaje clínico que va más allá de la historia clínica y una exploración médica (Gamez, Rivera, & et.al, 2011).

Por otro lado la valoración integral es la respuesta a la elevada prevalencia de enfermedades del adulto mayor, a necesidades y problemas no diagnosticados, así como a deterioros y dependencias no identificadas, las cuales no son detectadas convirtiéndose de esta manera en una herramienta principal de trabajo dentro de la geriatra teniendo como la única finalidad facilitar el abordaje del adulto mayor y el paciente geriátrico (Kameyama, 2010).

La valoración geriátrica está conformada por la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos denominados escalas de valoración, los cuales facilitan la detección y seguimiento de problemas.

Entre las escalas de valoración encontramos:

- Valoración física: se efectúa sobre la base de una historia clínica, destacando hechos en anamnesis y examen físico que son de importancia como factores de riesgo en un adulto mayor del adulto mayor la cual requiere ser examinado para evitar signos clínicos que le conduzcan a la aparición de procesos patológicos o simplemente cambios relacionados con la edad.
- Valoración funcional: es un proceso encaminado a mantener la independencia del adulto mayor en el medio en que se encuentra.

- Valoración psíquica o mental: trabaja con dos aspectos fundamentales: las funciones cognitivas y el estado emocional para la cual se utiliza métodos directos mediante la historia clínica, la observación del comportamiento de la aplicación de cuestionarios o pruebas y los indirectos que se refiere a la valoración psicológica.
- Valoración social: identifica las situaciones familiares, socioeconómicas y ambientales que condicionan el estado de salud y bienestar de la persona mayor, con la finalidad de establecer un plan de soporte social adecuado (Farjado & Nuñez, 2012).

Es importante recalcar que también el equipo multidisciplinario es de suma importancia para la valoración del adulto mayor ya que al involucrar varios expertos lograrán un mejor desarrollo terapéutico identificando la semiología que presenta en el cuerpo el paciente para de esta manera mejorar su vida (Kameyama, 2010).

### **Sintomatología Clínica Psicológica**

Dentro la sintomatología clínica psicológica encontramos diferentes tipos de trastornos psicológicos como: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

#### **Somatización**

La somatización muestra síntomas corporales sin causas orgánicas las personas que presentan este tipo de trastorno muestran varias dolencias en su cuerpo siendo estas crónicas o recurrentes a más de presentarse de forma dramática o exagerada sin una aparente explicación (Gimenez, Gonzales, Vidal, & et.al, 2010).

Los trastornos de somatizaciones pueden presentarse en forma aguda los cuales se muestran de forma inexplicable con síntomas dolorosos sin limitación presentando con el pasar del tiempo una evolución crónica y fluctuante y viene acompañado de algún acontecimiento estresante psicosocial; el (Rodriguez & Ruiz, 2011).

## Obsesiones y compulsiones

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por dos conjuntos de síntomas relacionados con las obsesiones y las compulsiones; las obsesiones consisten en pensamientos o imágenes que invaden la mente de una persona en contra de su voluntad (Belloch, Cabedo & Carrió, 2011). Los síntomas obsesivo-compulsivos pueden presentarse a lo largo de toda la vida; las causas y el modo de presentación son diferentes en cada grupo de edad, en los adultos mayores debe plantearse la demencia como parte del diagnóstico diferencial de un trastorno compulsivo. Se ha evidenciado que la vejez y la presencia de acontecimientos vitales estresantes actúan como desencadenantes de síntomas obsesivo-compulsivos ya existentes desde la adolescencia acompañada de rituales compulsivos (Cardenas & Carreño, 2012).

## Depresión

La depresión es un trastorno afectivo frecuente en los ancianos que se relaciona con la disminución de serotonina la cual provoca un cambio en su energía y a su vez promueve sentimientos de tristeza y baja voluntad (IMMS, 2014) . La depresión ha venido siendo por años la causante de la deterioración de la calidad de vida del adulto mayor a más de dar el declive a la apariencia personal acompañada de síntomas como enlentecimiento psicomotriz, facies triste, llanto fácil, disminución de la atención, alteraciones del sueño y quejas somáticas con son más frecuentes en los ancianos (García, 2013).

## Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes dentro de la población anciana, se estima que el 36% padece de ansiedad la cual produce limitaciones de mayor y menor gravedad convirtiéndose en una ansiedad patológica la cual se define como un estado emocional caracterizado por malestar interior acompañados por pensamientos de temor e inquietud; la ansiedad puede pasar desapercibida debido a que puede aparecer enmascarada con otras enfermedades médicas o funcionales. La ansiedad se puede manifestar con síntomas cognitivos emocionales y conductuales o somáticos provocando una baja calidad de vida en el adulto mayor (Zárate & etal., 2010).

## Hostilidad

La hostilidad es una manifestación que vuelve a la persona impulsiva y a manifestar actitudes negativas en forma de agresiones las cuales son representadas por las diferentes dificultades que han venido presentando debido a la edad en la que se encuentra conllevándolos al aislamiento lo cual limita al adulto mayor a desarrollarse en su vida diaria. La hostilidad en si es un componente cognitivo que se construye por creencias, expectativas y actitudes negativas duraderas acompañadas de desconfianza o sospecha, enemistad, negativismo y resentimiento. Las personas que muestran hostilidad tienden a esperar lo peor de los demás y estar siempre a la defensiva creando ambientes en los que predomina la competitividad y la tensión conllevándolos a sentimientos de ira (Healthwise, 2014).

## Ansiedad Fóbica

La ansiedad fóbica se muestra ante situaciones y objetos específicos que no son en sí mismos nocivos pero que el adulto mayor los ve como tal, en consecuencia este trata de evitar los objetos fóbicos o bien los afronta con un temor excesivo que puede llegar al ataque de pánico; los trastornos fóbicos se caracterizan por presentar ansiedad fóbica y conductas de evitación (Pérez, 2010).

Existen diferentes tipos de fobias como la específica que se caracteriza por un temor persistente excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos, también mencionaremos la fobia social en la cual existe un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar y por ultimo nombraremos a la agorafobia que se caracteriza por la aparición de ansiedad en lugares donde escapar puede resultar difícil, o donde, en caso de aparecer una crisis de angustia, o síntomas similares a la angustia puede no disponerse de ayuda (Tortella, 2012).

## Ideación paranoide

El trastorno paranoide refleja un trastorno de cognición que se identifica por la susceptibilidad por lo consiguiente la ideación paranoide es conocido también como el trastorno de personalidad límite el cual se manifiesta de manera temporal cuando están

sometidos al estrés, los síntomas psicóticos que encontramos son experiencias alucinatorias, pensamientos mágicos o los síntomas delirantes a más de ser un fenómeno psicológico bastante común asociados con una alteración psicopatológica (Fonseca, Santarén, & et.al, 2011).

## **Variable Dependiente: Calidad de vida**

### **Psicogerontología**

La Psicogerontología estudia los aspectos psicológicos y psiquiátricos del anciano mientras que la gerontología es la ciencia que trata de pronosticar, explicar, las causas y los cambios que el ser humano presenta en su vejez desde una perspectiva biológica, psicológica y social.

Los conocimientos básicos de la gerontología son los siguientes:

- **Biológicos:** se refieren a los cambios de la edad y el paso del tiempo se producen en los distintos sistemas biológicos del organismo.
- **Psicológicos:** se refieren al estudio sobre los cambios que el paso del tiempo produce en las funciones psicológicas como la atención, percepción, el aprendizaje, la memoria, la afectividad y la personalidad.
- **Sociales:** se refiere a la búsqueda de cambios debidos a la edad y estructura social (Rodríguez, 2010).

También se conoce a la psicogerontología como una disciplina que estudia el envejecimiento y los aspectos tanto emocionales como comportamentales de la población adulta mayor los cuales van encaminados a la comprensión desde una perspectiva psicosocial dentro del propio proceso de envejecimiento (Lopez, Barrios, & et.al, 2010).

Por lo que un envejecimiento normal es cuando la persona reconoce y acepta su condición envejecida y su desgaste, incorporando y diferenciando los aspectos biológicos y sociales de su envejecimiento, construyendo de esta manera un Yo complejo a lo largo del curso vital, en la que el sujeto podrá sobrellevar la discordancia entre cómo se sabe y cómo se siente durante su proceso de vejez (Zarebski, 2013).

Existen tres factores, asociados al envejecimiento que hacen que la vivencia de esta etapa sea difícil:

- Declive físico: conlleva a las necesidades de atención psicosociales y sanitarias crecientes.

- La reducción de ingresos: implica la jubilación y que suele conllevar una menor capacidad económica.
- Una inflexibilidad y falta de adaptabilidad a situaciones nuevas que colocan al adulto mayor en una situación de inferioridad ante un mundo cambiante.

De este modo, los ancianos pasan de ser autónomos, a ser dependientes, la mayoría de las veces de su familia., y otras, de personas ajenas a ellos.

Las principales pérdidas de autonomía son:

- Físicas: pérdida de movilidad, autoestima y motivación.
- Intelectuales, debido a los trastornos psicológicos como: episodios depresivos, demencias, delirios en otros (Alarcon, 2010).

Siendo uno de los diferentes componente que acompañan al adulto mayor durante sus diferentes etapas encaminadas a la vejez.

### **Psicología del desarrollo del adulto mayor**

La psicología del desarrollo humano, también denominada psicología evolutiva, es definida como el cambio psicológico sistemático que se produce a lo largo de la vida.

Según Palacios, la psicología evolutiva o del desarrollo es la parte de la psicología que se ocupa de los procesos del cambio psicológico que ocurre a lo largo de la vida humana”. Es decir son los cambios de comportamiento provocados por el contexto y determinados por una sociedad o cultura. Por lo que la psicología evolutiva se ocupa de los cambios a lo largo del tiempo, se centra en el interés de la conducta humana desde el punto de vista de sus cambios y transformaciones a lo largo del desarrollo humano y en el carácter normativo como los cambios del pensamiento, vivencias y conductas durante todo el ciclo vital, por lo que el desarrollo en la edad adulta se ve marcado por acontecimientos típicos, propios de la edad: la jubilación, enfermedades crónicas, nuevos roles, como el de ser abuelos, pérdidas familiares o la proximidad de la muerte. (Cantero & al.et, 2011).



La etapa de la edad adulta es igual que importante como las etapas anteriores, ya que tiene cambios y transiciones importantes; los cambios que se presentan se refieren a los roles, experiencias de la vida y su contexto sociocultural (Gento, Pérez, & Pérez, 2011).

#### Etapas evolutivas de la adultez

La adultez temprana empieza desde los 20 a 40 años, debido a que ya ha alcanzado la plena madurez física, se halla en plena posesión de las funciones psíquicas en lo que ya suele producir la separación real e intra-psíquica de la familia de origen por lo que el sujeto resuelve la dependencia de etapas anteriores alcanzando la confianza en sí mismo y proponiéndose nuevas metas inducidas por el nivel de madurez alcanzado (Pérez & Oliva, 2013).

Los cambios más importantes dentro de esta edad son el cambio de actitud en la que realiza una síntesis de realismo-idealismo; la tercera individualización con la que desarrolla un nuevo concepto de sí mismo; las relaciones de intimidad en la que puede crear lazos nuevos con amistades o su pareja y por último la identidad laboral adulta donde el trabajo se convierte en una actividad central para la estabilidad (Gento, Pérez, & Pérez, 2011) .

La adultez media va desde los 40 a 60 años en este periodo de la etapa adulta media, se presentan las siguientes manifestaciones que constituye el núcleo de la vida y representa la edad del adulto maduro por lo que llega a un nivel de estabilización de todo lo que anteriormente se encontraba en agitación. Alcanza una actitud más seria y reflexiva ante la vida por lo que las tareas fundamentales de este periodo son: sentir la necesidad de tomarse la vida más en serio (Pérez & al.et, 2013).

La siguiente etapa intermedia de la vejez inicia desde los 70 a los 75 años, aquí el anciano presenta diferentes tipos crisis con respecto a su edad, una de ellas son la viudez y tratar de adaptarse al nuevo rol que debe desempeñar como adulto mayor las cuales debería afrontarlas con el apoyo de sus familiares.

La vejez es una etapa donde se origina la decadencia biológica, psicológica y social y se aceptan más las limitaciones, las enfermedades a más de admitir el miedo a la muerte. Las tareas fundamentales de este periodo no sólo indican las metas que la persona debe perseguir

sino también aquellas que debe pasar por alto llegada a cierta edad; estas tareas son: transcendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo, centrar las metas vitales en el rendimiento mental y espiritual; por lo que el temor a la muerte puede verse superado por las aportaciones personales a cualquier nivel como las aportaciones por medio de los hijos, el legado material, cultural o espiritual (Pérez & al.et, 2013).

Existen tres formas de concebir el envejecimiento:

- Envejecimiento normal: proceso de deterioros lento a nivel biológico, psicológico y social.
- Envejecimiento patológico: cambios que se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada.
- Envejecimiento exitoso: no solo se presentan pérdidas o deterioros, sino también ganancias al promover que las personas mayores aprendan a minimizar sus pérdidas y a maximizar sus ganancias (Velásquez & et.al, 2014)

La forma de vida que tenga el adulto mayor expresara la calidad de vida que tenga durante su envejecimiento.

### **Calidad de vida**

La calidad de vida reside en la sensación de bienestar que puede experimentar la persona; según la OMS, durante el Foro Mundial de la Salud en Ginebra (1966), definió a la de calidad de vida como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. Este concepto es el resultado de la combinación de factores objetivos y subjetivos, los cuales hacen referencia a indicadores que son evaluados por las mismas personas. Un envejecimiento exitoso se debe al bienestar subjetivo y a la satisfacción con la vida. El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida ya que viene acompañado de enfermedades predominando padecimientos crónicos degenerativos, los cuales repercuten en la calidad de vida del adulto mayor (Velásquez & et.al, 2014).

El progresivo envejecimiento de la población ha provocado el desarrollo de múltiples formas de intervención para mejorar su calidad de vida. Por lo es importante mencionar que existen componentes e indicadores en la calidad de vida de los ancianos los cuales son: salud, relaciones familiares, economía, relaciones sociales, ambiente, creencias religiosas, independencia y seguridad personal, apoyo social integración social, satisfacción, habilidades funcionales (Pérez, 2014).

Según Susana Sanduvette (2004), los indicadores se dividen en seis áreas: toma de decisiones con respecto a su vida, apoyo formal e informal y estar integrado a la sociedad, tener un estilo de vida independiente, gozar de la mayor salud posible, ejercen sus derechos y deberes sin recibir maltrato y finalmente la satisfacción de haber alcanzado sus objetivos satisfaciendo de esta manera su vida (Parraguez, Terrejon, & Anigstein, 2011).

### Salud general

La salud en la tercera edad es el resultado del estilo de vida que tuvo el adulto mayor en sus años previos, si nunca hizo actividad física, su nutrición fue deficiente o tuvo hábitos nocivos, tendrá problemas en su vejez. Un buen estado de salud es la modificación de las conductas humanas y situaciones del ambiente que promueven la salud y previenen enfermedades. Es poco habitual encontrar un adulto mayor sano, estudios demuestran que los ancianos tienen 2 a 3 enfermedades diagnosticadas en promedio, por lo que tener una buena salud es una estrategia para mantener una buena calidad de vida. La salud en adultos mayores tienen múltiples beneficios para ellos ya que incrementan la actividad física; incrementan el autocuidado y la capacidad de desarrollar sus actividades en forma independiente; aumentan los contactos sociales y previenen uno de los síndromes geriátricos más frecuentes, especialmente en mujeres, que son las caídas (Arechabala, 2010).

### Salud mental

La salud mental no es solo la ausencia de malestares psicológicos a su vez es el bienestar psicológico del individuo, que con el pasar de los años este bienestar llega a desaparecer debido a la etapa de la senectud; volviéndose la salud mental difusa con la aparición de problemas y limitaciones con respecto a patologías, a problemas afectivos, demencias, alzheimer, psicosis y a su vez estas alteraciones psicológicas pueden ser confundidas con los

rasgos característicos de la vejez, llevando al anciano a la discriminación de la sociedad, la cual etiqueta al anciano como un ser vulnerable incapaz de poder ser autosuficiente debido a su edad y dolencias (Chavéz, Macías, & Klein, 2012) .

Es por eso que John 1958 sugiere criterios positivos para mejorar la salud mental en los ancianos con el apoyo necesario de la familia, la cual llegara a motivar al adulto mayor con actitudes positivas con respecto a la vida que tiene, a más de poder lograr incentivar las capacidades intelectuales que posee para que el anciano pueda alcanzar actualizarse e integrarse consigo mismo y aceptar la etapa de la vejez en la que se encuentra de manera positiva para que de esta manera tenga una mejor percepción de la realidad y de su entorno, lo cual le permitirá mejorar su calidad de vida (Gonzalez, 2011).

#### Relaciones familiares

La familia constituye el núcleo más primario del ser humano y es uno de los principales conectores con la sociedad, ya que gracias a la familia el ser humano crea sus primeros vínculos, experimenta sus vivencias e incorpora las principales pautas de comportamiento dándole sentido a su vida. Y sin importar las diversas transformaciones que el mundo ha tenido.

También se puede mencionar que la familia juega un papel fundamental en el proceso salud enfermedad, lo que se hace muy evidente cuando en el seno de la misma existen adultos mayores, los cuales requieren una atención integral muy específica y ajustada a esta etapa de la vida (Perez & et.al, 2012). Por lo que el paso a la etapa de la vejez depende mucho del apoyo de la familia, ya que el anciano empieza a tener cambios físicos y psíquicos y a su a presentar enfermedades o patologías en la cual necesitará mucho del apoyo familiar (Barbero, 2012).

#### Relaciones Sociales

Las relaciones sociales en el adulto mayor son de suma importancia ya que ayudan al desarrollo de la salud física y mental, sentimental y personal del anciano. Si las relaciones familiares son fuera del hogar también influyen mucho en la vida de los ancianos ya que

facilitan la sociabilización del mismo y lo involucrando activamente a participar dentro de la sociedad y a su vez mantiene una buena relación entre la familia.

Es importante mencionar que el tiempo libre que el adulto mayor cede es importante ya que puede cubrirlo con actividades como el ocio, actividades físicas o participar en talleres culturales (Castro, Brisuela, & et.al, 2010).

## **2.4 Formulación de hipótesis**

### **Hipótesis I**

La Sintomatología Clínica Psicológica Influye en la Calidad de Vida del Adulto Mayor

### **Hipótesis O**

La Sintomatología Clínica Psicológica no Influye en la Calidad de Vida del Adulto Mayor

## **2.5 Señalamiento de variables**

### **Unidades de Observación**

Adultos Mayores del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús

### **Variable Independiente**

Sintomatología Clínica Psicológica

### **Variable Dependiente**

Calidad de Vida

### **Termino de Relación**

Influye

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Enfoque de la investigación**

La presente investigación, se basará en el enfoque crítico-propositivo, su accionar se dirige a recabar información de la fuente y someterla a un análisis estadístico, para determinar la esencia del fenómeno causa-efecto con respaldo en su marco teórico. La investigación se ubica en los lineamientos del paradigma crítico- propositivo con un enfoque cuali-cuantitativo.

Es cualitativo porque presenta una realidad única y se orienta a través de la formulación de las hipótesis planteadas buscando la comprensión de los fenómenos para la obtención de resultados los cuales serán sometidos a un análisis crítico con el apoyo del marco teórico; y es cuantitativo porque emplea instrumentos que sirven para la obtención de resultados y datos numéricos los cuales serán procesados estadísticamente y de esta manera se asumirá una realidad estable.

#### **3.2 Modalidad básica de la investigación**

##### **3.2.1 De campo**

Es una investigación de campo ya que se recogerán datos de fuentes primarias en este caso del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, mediante instrumentos de recolección de datos como la observación participativa y el uso test psicométricos que favorecerán el desarrollo del problema planteado.

##### **3.2.2 Bibliográfica Documental**

El marco teórico de la siguiente investigación fue elaborado por diversas fuentes bibliográficas como: libros, textos pdf, manuales de diagnóstico, revistas psicológicas, artículos de internet con sustento científico los cuales serán constituidos como información

secundaria, y a su vez se obtendrá información primaria a través de los test psicométricos que serán aplicados por expertos, para que dicha información tenga resultados confiables.

### **3.2.3 De Intervención Social o Proyecto Factible**

La investigación planteada busca intervenir directamente en todos los estratos que integran al individuo especialmente el social ya que este constantemente actúa como el reforzador o inhibidor de conductas a nivel de los Adultos Mayores, es así que se buscara la fomentación de metas a corto y largo plazo en los ancianos para de esta manera se pueda generar una mejor calidad de vida.

## **3.3 Nivel o tipo de investigación**

### **3.3.1 Asociación de variables**

La investigación utilizará la asociación de variables por la relación que se estableció entre la variable dependiente e independiente, conociendo el comportamiento de cada una y su impacto en el proceso investigativo.

## **3.4 Población y muestra**

La presente investigación se realizara con los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, tomando como muestra un total de 35 personas entre hombres y mujeres.





	Sensitividad interpersonal	Nada Muy Poco Poco Bastante Mucho	6. ¿Criticar a los demás?  21. ¿Sentirme incómodo con personas de otro sexo?		
	Depresión	Nada Muy Poco Poco Bastante Mucho	15. ¿Pensar en quitarme la vida?  20. ¿llorar por cual cosa?		
	Ansiedad	Nada Muy Poco Poco Bastante Mucho	17. ¿Temblores en mi cuerpo?  23. ¿Asustarme de repente sin razón alguna?		
	Hostilidad	Nada Muy Poco Poco Bastante Mucho	63. Necesitar golpear o lastimar a alguien  74. ¿Meterme muy seguido en discusiones?		

	Ansiedad fóbica	Nada Muy Poco Poco Bastante Mucho	50. ¿Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo?		
	Ideación paranoide	Nada Muy Poco Poco Bastante Mucho	70. ¿Sentirme incomodo en lugares que hay mucha gente?  83. Sentir que se aprovechan de mi si los dejo		
	Psicoticismo	Nada Muy Poco Poco Bastante Mucho	76. ¿Sentir que los demás no me valoran como merezco?  85. ¿Sentir que debo ser castigado por mis pecados?  90. ¿Pensar que mi cabeza hay algo mal que no funciona?		

**Grafico 5. Operacionalización Variable Independiente**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

### 3.5.2 Matriz de la Operacionalización de Variable Dependiente: Calidad de Vida

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Es el bienestar emocional y el estado funcional que percibe el individuo durante su existencia.	Bienestar emocional	<p>Función física</p> <p>Función social</p> <p>Limitación del rol de problemas físicos</p> <p>Limitación del rol de problemas emocionales</p>	<p>1. ¿En general, usted diría que su salud es?</p> <p>18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?</p> <p>23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?</p> <p>27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?</p>	Test	Cuestionario SF36

	Estado funcional	Dolor corporal Vitalidad Salud mental	<p>30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?</p> <p>21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?</p> <p>31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?</p>		
--	------------------	---	--	--	--

**Grafico 6. Operacionalización Variable Dependiente**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

### 3.6 Técnicas e Instrumentos

#### 3.6.1 Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis:

(Anexo 1)

##### Objetivos del test psicométrico aplicado:

Evaluar patrones de síntomas psicológicos como: Somatizaciones, Obsesivo compulsivo, Sensitividad personal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo presentes en los individuos.

##### Características del test:

- Se trata de un Inventario auto aplicable que consta de 90 ítems, con una base de escala de cinco puntos (0-4)
- Presenta una confiabilidad  $\alpha$  de crobach =0.72 a 0.86.
- Está compuesta por nueve dimensiones Somatizaciones, Obsesivo compulsivo, Sensitividad personal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo.
- Incluye además 7 ítems adicionales que tiene relevancia como: poco apetito, problemas para dormir, pensamientos acerca de la muerte o morirse, comer en exceso, despertase muy temprano, sueño intranquilo y sentimientos de culpa.
- Para obtener el puntaje se debe sumar los valores de cada una de sus dimensiones que integran.
- Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico como el índice global de severidad, total de síntomas positivos y el índice de malestar sintomático positivo.
- Los puntajes de cada dimensión se interpretan en escalas que varían de Nada a Mucho.

##### Dimensiones

Persona en riesgo (> 63)

Malestar exagerado (> 71)

## Problemas psicológicos (> 75)

- Para obtener la percepción global de la sintomatología se combina el número de síntomas reconocidos como presentes de la intensidad de malestar percibido.

### 3.6.2 Cuestionario SF36:

(Anexo 2)

#### Objetivos del test psicométrico aplicado:

Medir la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores.

#### Características del test:

- Se trata de un Cuestionario auto aplicable que consta de 36 ítems, con opción de respuesta que varían de Nada con un valor de “0 a 25” y Excelente con un valor de “76 a 100”.
- Presenta una confiabilidad  $\alpha$  de cronbach =0.7
- Este cuestionario cubre dos áreas, el estado funcional y el bienestar emocional y abarca las siguientes dimensiones:

#### Dimensiones del área del estado funcional

- Función física
- Función social
- Limitación del rol de problemas físicos
- Limitación del rol de problemas emocionales

#### Dimensiones del área del bienestar emocional

- Dolor corporal
- Vitalidad
- Salud mental
- La evaluación de la salud general incluye dimensiones de la percepción de salud general y el cambio de la salud en el tiempo.
- Los puntajes del cuestionario se expresan en rangos de 0 a 100 siendo la última cifra la óptima percepción sobre la calidad de vida y de salud y se clasifica de la siguiente manera

Mala	0 a 25
Regular	26 a 50
Buena	51 a 75
Excelente	76 a 100

### **3.7 Recolección de información**

Para la recolección de información se procedió de la siguiente manera:

- Evaluaciones psicológicas a los adultos mayores
- Los días 23,24,25,26 de febrero

#### **3.7.1 Tabulación de la información obtenida**

Los datos que se consiguieron con la aplicación de los test psicométricos a los Adultos Mayores del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, son sometidos a un análisis cuantitativo, luego se presentaron los resultados numéricos en tablas y gráficos estadísticos.

### **3.8 Procesamiento y análisis**

Para el análisis de la información obtenida por medio de los instrumentos psicométricos se abordó el siguiente procedimiento.

- Se a bordo de forma individual a la muestra escogida
- Exploración crítica de la información obtenida, es decir limpiar los datos carentes de información.
- Repetir la recolección en ciertos casos para corregir fallas existentes de haberlas.
- Tabular la información según la variable y la hipótesis
- Hacer un estudio estadístico y presentar los resultados
- Análisis e interpretación de los resultados



## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Representación escrita del género, edad y estado civil de los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús se presentan a continuación:

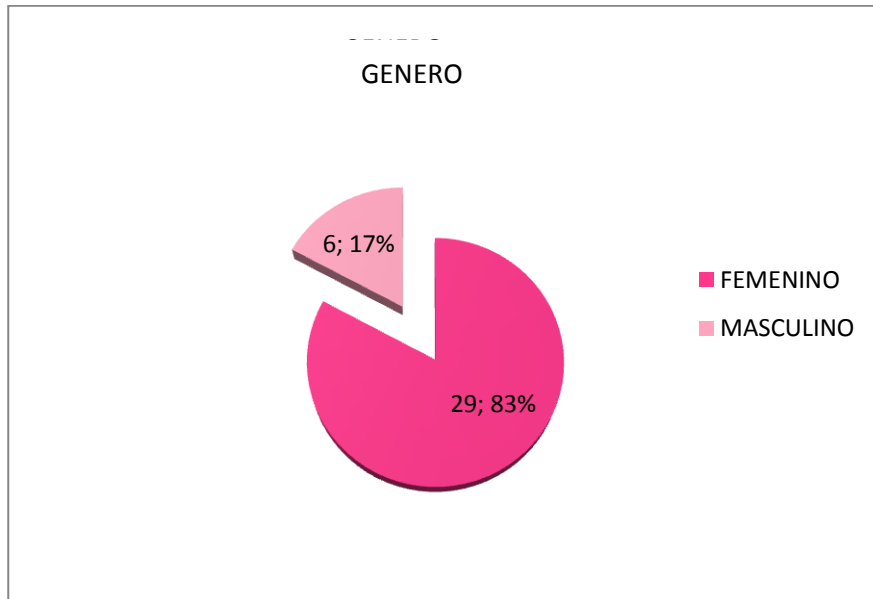
**Tabla N° 1:** Distribución de la población por Género

Género	Número	Porcentaje
Femenino	29	83.00%
Masculino	6	17.00%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**Tabla 1. Distribución de la población**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

#### **Análisis Cuantitativo**

De los Adultos Mayores encuestados 29 pertenecen al género femenino pertenecientes al 83.00% y 6 personas pertenece al género masculino que se relaciona con el 17.00%.



**Grafico 7. Distribución de la población por genero**  
Elaborado por: Barreno, J 2015

**Interpretación:**

Se deduce que más de la mitad de los Adultos Mayores pertenecen al Género Femenino a diferencia del Género Masculino los cuales representa la cuarta parte de la muestra.

## 4.1 Variable Independiente

### 4.1.1 INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA SCL 90R

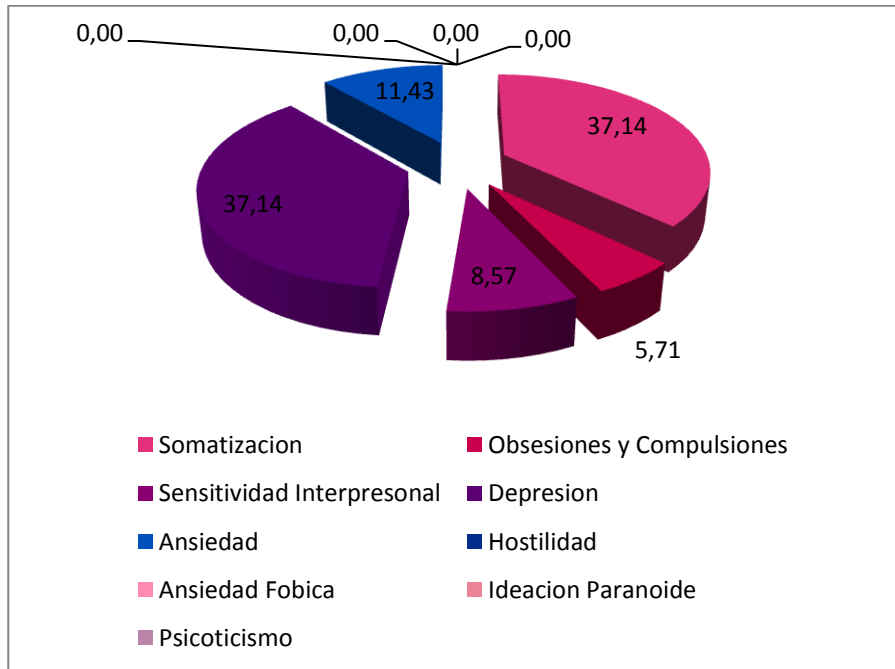
**Tabla N° 2: Rango de Dimensiones de Sintomatología Clínica Psicológica en el Adulto Mayor**

<b>SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA</b>	<b>N° ADULTOS MAYORES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Somatización	13	37.14%
Obsesiones y Compulsiones	2	5.71%
Sensitividad Interpersonal	3	8.57%
Depresión	13	37.14%
Ansiedad	4	11.43%
Hostilidad	0	0.00%
Ansiedad Fóbica	0	0.00%
Ideación Paranoide	0	0.00%
Psicoticismo	0	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100.00%</b>

**Tabla 2. Rango de Dimensiones de Sintomatología Clínica Psicológica  
Elaborado por: Freire, A 2014**

#### **Análisis cuantitativo**

Del total de adultos mayores que formaron parte de la muestra de investigación, se encontró que el 37.14% presentaron sintomatología somática, al igual que el 37.14% que presentaron depresión, el 11,43% manifestó ansiedad, por otro lado el 8.57% reflejo Sensitividad interpersonal, mientras que el 5.71% indicó obsesiones y compulsiones, finalmente se observa que los adultos mayores no puntuaron en hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y Psicoticismo.



**Grafico 8. Rango de Dimensiones de Sintomatología Clínica Psicológica**  
 Elaborado por: Barreno, J 2015

### Interpretación

Según se muestra en la gráfica se puede observar que menos de la mitad del total de adultos mayores obtuvieron somatización, misma que se caracteriza por la exageración o simulación de dolor, de igual forma en un porcentaje similar hay la manifestación de depresión reflejando un estado de ánimo bajo, falta de interés por la vida, también podemos observar que menos de la cuarta parte de adultos mayores presentan ansiedad la cual se caracteriza por una preocupación excesiva y angustia; por otro lado se puntúa en una mínima parte la Sensitividad interpersonal, que se especifica por la susceptibilidad ante diferentes situaciones y finalmente encontramos adultos mayores que presentan obsesiones y compulsiones la misma que se identifica por la presencia de ideas y actos persistentes.

## 4.2 Variable Dependiente

### 4.2.1 CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 (CALIDAD DE VIDA)

#### Resultados Calidad de Vida del Adulto Mayor

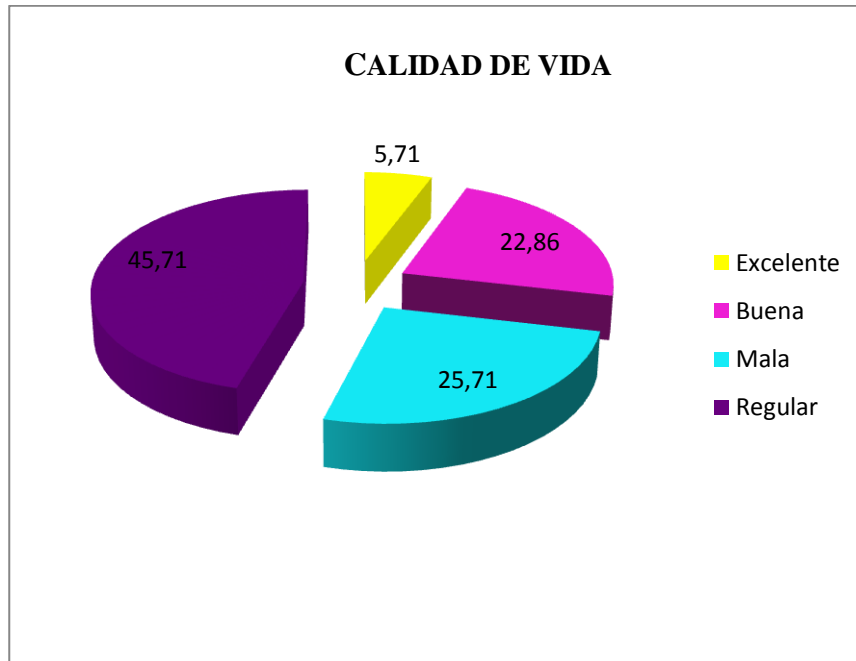
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<b>N° ADULTOS MAYORES</b>	<b>PORCENTAJES</b>
Excelente	2	5.71%
Buena	8	22.86%
Mala	9	25.71%
Regular	16	45.71%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100.00%</b>

Tabla 3. Resultados Calidad de vida

Elaborado por: Freire, A 2015

#### Análisis Cuantitativo

Del total de los adultos mayores que formaron parte en la presente investigación, se ha encontrado que el 45.71% presento calidad de vida regular, el 25.71% mostro calidad de vida mala, por otro lado el 22.86% indico calidad de vida buena, mientras que el 5.71% indico una calidad de vida excelente.



**Gráfico 9. Calidad de vida Tabla General**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

### **Interpretación**

Según se muestra en la gráfica se observa que cerca de la mitad de adultos mayores presentaron calidad de vida regular, caracterizada por las enfermedades, y síntomas que no les permiten tener una calidad de vida optima, además una cuarta parte de los mismos presento mala calidad de vida, que se caracteriza por, insatisfacción con sus vidas, frustración, el abandono de sus familiares, se observa también que menos de la cuarta parte presento calidad de vida buena, misma que se caracteriza por la Autoaceptación, por su condición de vida y la asimilación de la misma, finalmente se observa que una mínima parte presento calidad de vida excelente, caracteriza por una estabilidad emocional seguridad, asimilación del proceso por el que atraviesan.

**Estadísticas de grupo**

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
CALIDAD DE VIDA	Masculino	6	2,1667	1,16905	,47726
	Femenino	29	2,0690	,79871	,14832

**Prueba de muestras independientes**

	Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		
								Inferior	Superior	
CALIDAD DE VIDA	Se asumen varianzas iguales	1,522	,226	,252	33	,803	,09770	,38798	-,69165	,88705
	No se asumen varianzas iguales			,195	6,002	,851	,09770	,49978	-1,12509	1,32049

**Tabla 4. Estadísticas de grupo Calidad de vida: sexo SPSS**

**Elaborado por: Freire, A 2015**

### **Análisis Cuantitativo:**

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que en los datos estadísticos respecto al sexo 6 adultos mayores hombres presentan mejor calidad de vida respecto a las mujeres, también se evidencia que 29 adultos mayores mujeres presentan una calidad de vida mala por lo tanto se podría indicar que los hombre tienen mejor calidad de vida que las mujeres.



### 4.3 Comprobación de Hipótesis

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
CALIDAD DE VIDA * índice de severidad global	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

CALIDAD DE VIDA\*índice de severidad global tabulación cruzada

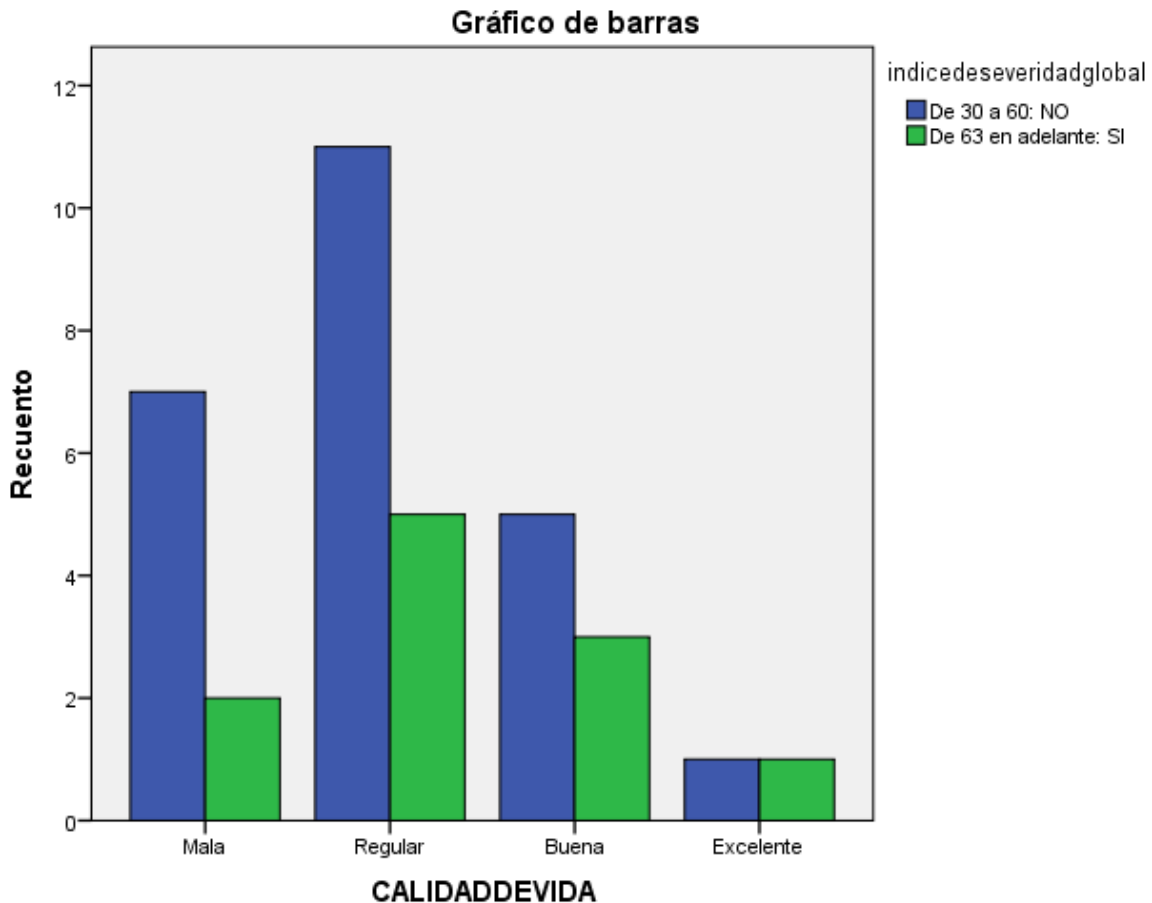
Recuento

	Índice de severidad global		Total
	De 30 a 60: NO	De 63 en adelante: SI	
CALIDAD DE VIDA Mala	7	2	9
Regular	11	5	16
Buena	5	3	8
Excelente	1	1	2
Total	24	11	35

Tabla 5. Resumen de procesamiento de casos Calidad de vida Índice de severidad global SPSS  
Elaborado por: Freire, A 2015

#### Análisis Cuantitativo

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que de 35 adultos mayores de muestra, 24 adultos mayores no presentaron índice de severidad global pero indican una calidad de vida mala y regular, además se encontró 11 adultos que si presentaron un índice de severidad global de sintomatología clínica psicológica muestran una regular calidad de vida.



**Gráfico 10. Calidad de vida Índice de severidad global SPSS**  
 Elaborado por: Freire, A 2015

**Interpretación:**

En la gráfica se observa que de 35 adultos mayores un porcentaje alto muestran no haber manifestado índices de severidad global de sintomatología clínica psicológica la cual se relaciona con calidad de vida regular; de la misma manera se observa índices pequeños de severidad global y calidad de vida en el adulto mayor denotando índices malos, regulares, buenos y excelentes.

**Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
CALIDAD DE VIDA * somatización	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

**CALIDAD DE VIDA\*somatización tabulación cruzada**

Recuento		somatización		Total
		de 30 a 60: NO	63 en adelante: SI	
CALIDAD DE VIDA	Mala	5	4	9
	Regular	10	6	16
	Buena	6	2	8
	Excelente	1	1	2
Total		22	13	35

**Tabla 6. Resumen de procesamiento Calidad de vida Somatización SPSS**  
Elaborado por: Freire, A 2015

**Análisis Cuantitativo:**

En los datos obtenidos mediante el programa SPSS se observa que de 35 adultos mayores de muestra, 22 adultos mayores no presentaron índice de severidad global pero indican una calidad de vida regular, además se encontró 13 adultos que si presentaron un índice de severidad global de sintomatología clínica psicológica mostrando una regular calidad de vida.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,853 <sup>a</sup>	3	,837	,907		
Razón de verosimilitud	,875	3	,832	,907		
Prueba exacta de Fisher	1,189			,907		
Asociación lineal por lineal	,209 <sup>b</sup>	1	,648	,690	,404	,147
N de casos válidos	35					

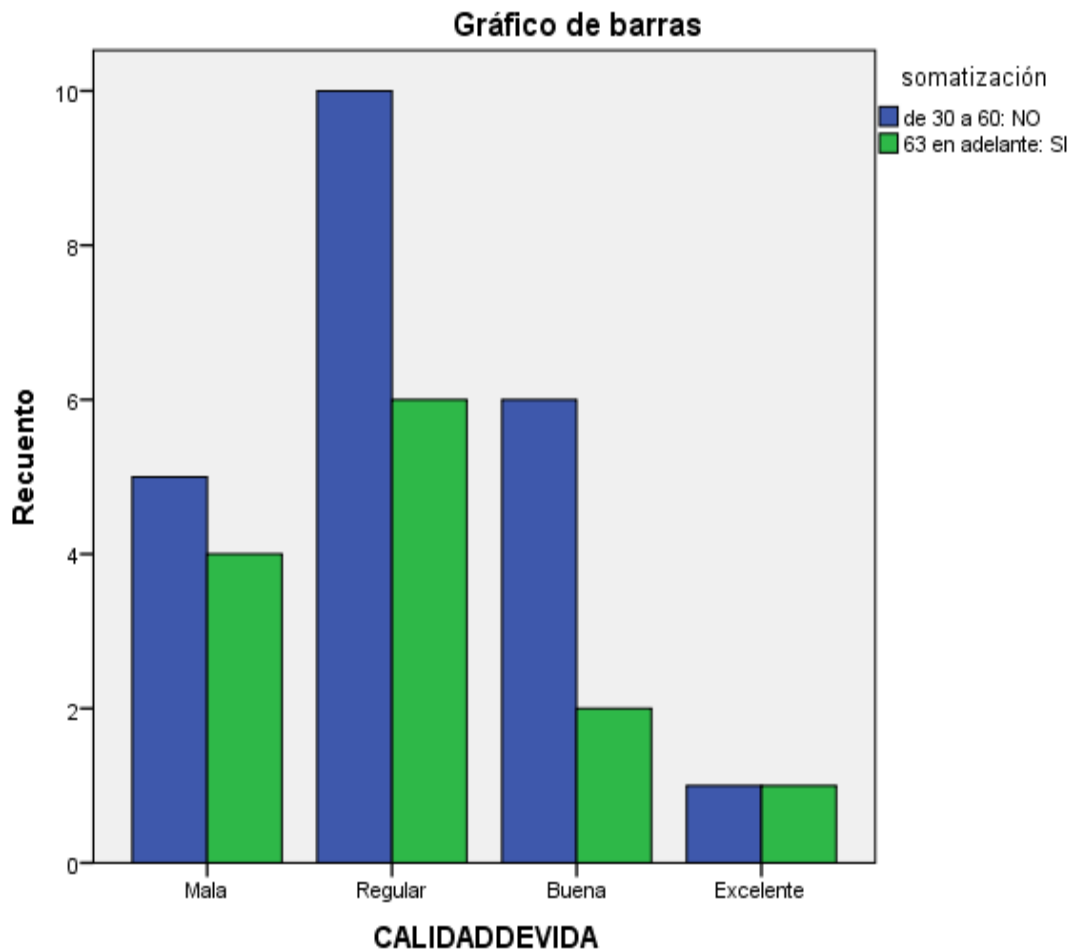
a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,74.

b. El estadístico estandarizado es -,457.

**Tabla 7. Pruebas de chi-cuadrado**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

**Interpretación:**

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Sintomatología Clínica Psicológica “Somatización” no se relaciona con la Calidad de Vida, de acuerdo a la siguiente formula, [ $\chi^2(3)=1.189$ ;  $N=35$ ;  $P>0.050$ ] se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.



**Gráfico 11. Calidad de vida Somatización SPSS**  
 Elaborado por: Freire, A 2015

**Interpretación:**

Lo que se concluye es que de 35 adultos mayores un porcentaje alto no muestran síntomas de somatización indicando una calidad de vida mala, regular, buena y excelente, mientras que por otro lado existen niveles mínimos de somatización relacionados con existencia mala, regular, buena y excelente.

**Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
CALIDAD DE VIDA * obsesiones y compulsiones	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

**CALIDAD DE VIDA\*obsesiones y compulsiones tabulación cruzada**

Recuento

	Obsesiones y compulsiones		Total
	De 30 a 60: No	De 63 en adelante: si	
CALIDAD DE VIDA Mala	9	0	9
Regular	14	2	16
Buena	6	2	8
Excelente	2	0	2
Total	31	4	35

**Tabla 8. Resumen de procesamiento de casos Calidad de vida Obsesiones y compulsiones SPSS**  
Elaborado por: Freire, A 2015

**Análisis Cuantitativo:**

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que de 35 adultos mayores de muestra, 31 adultos mayores no presentaron índice de Obsesiones y compulsiones pero a su vez indican una calidad de vida regular, además se encontró 4 adultos mayores que si presentaron un índice de Obsesiones y compulsiones con una regular calidad de vida.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	2,893 <sup>a</sup>	3	,408	,406		
Razón de verosimilitud	3,823	3	,281	,320		
Prueba exacta de Fisher	2,663			,406		
Asociación lineal por lineal	1,065 <sup>b</sup>	1	,302	,357	,233	,140
N de casos válidos	35					

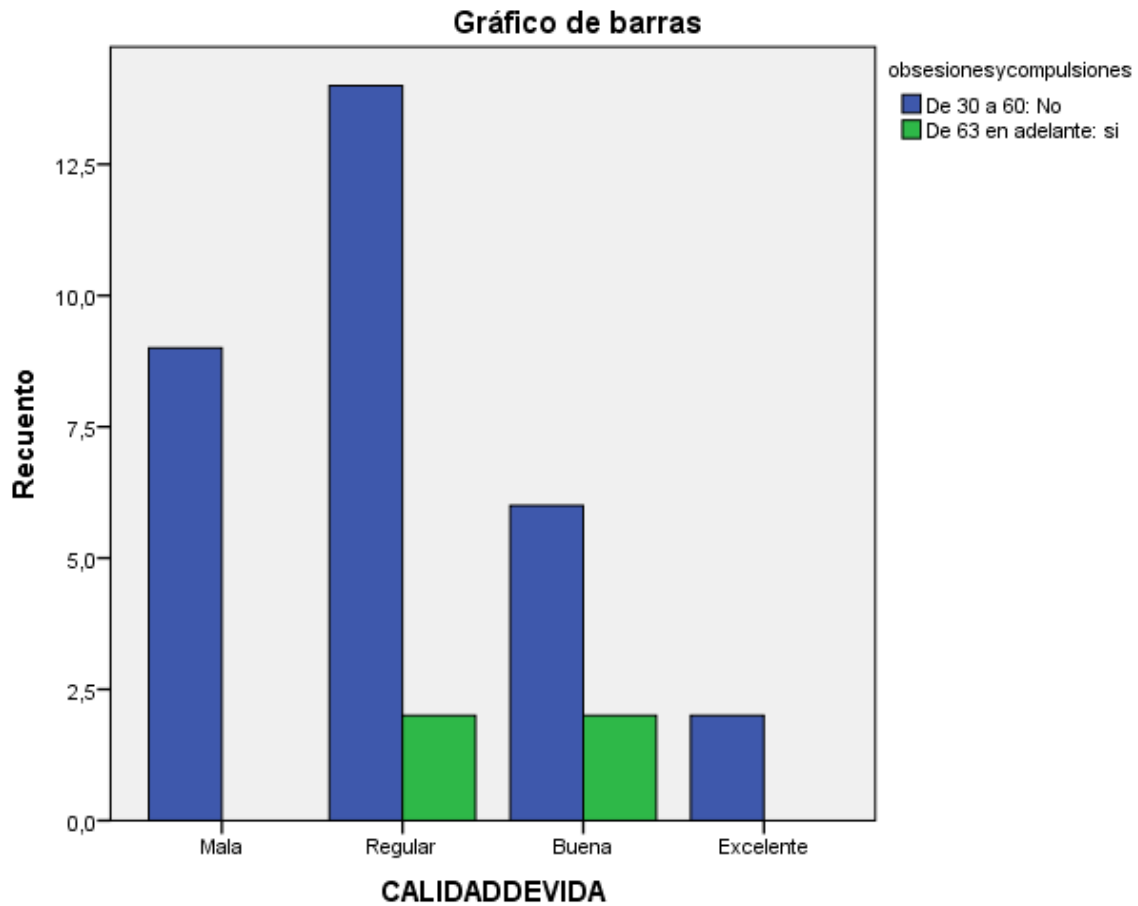
a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,23.

b. El estadístico estandarizado es 1,032.

**Tabla 9. Pruebas de chi-cuadrado SPSS**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

**Interpretación:**

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Sintomatología Clínica Psicológica “Obsesiones y Compulsiones” no se relaciona con la Calidad de Vida, de acuerdo a la siguiente formula,  $[x^2(3)=2.663; N=35; P>0.050]$  se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.



**Gráfico 12. Calidad de vida Obsesiones y compulsiones SPSS**  
 Elaborado por: Freire, A 2015

**Interpretación:**

De la muestra tomada de adultos mayores un porcentaje alto indica no haber manifestado índices de obsesiones y compulsiones mostrando una calidad de vida mala, regular, buena y excelente; de la misma forma se observa índices mínimos de síntomas obsesivos relacionados con una forma de vida mala y buena.



**Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
CALIDAD DE VIDA * sensitividad interpersonal	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

**CALIDAD DE VIDA\*sensitividad interpersonal tabulación cruzada**

Recuento

	Sensitividad interpersonal		Total
	De 30 a 60: NO	De 63 en adelante: SI	
CALIDAD DE VIDA Mala	7	2	9
Regular	12	4	16
Buena	7	1	8
Excelente	2	0	2
Total	28	7	35

**Tabla 10. Resumen de procesamiento de casos Calidad de vida sensitividad interpersonal SPSS  
Elaborado por: Freire, A 2015**

**Análisis Cuantitativo:**

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que de 35 adultos mayores de muestra, 31 adultos mayores no presentaron índice de Sensitividad interpersonal indicando una calidad de vida regular, además se encontró 7 adultos mayores que si presentaron un índice de Sensitividad interpersonal mostrando una vida regular.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	1,059 <sup>a</sup>	3	,787	,916		
Razón de verosimilitud	1,470	3	,689	,868		
Prueba exacta de Fisher	,900			,916		
Asociación lineal por lineal	,628 <sup>b</sup>	1	,428	,475	,300	,150
N de casos válidos	35					

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.

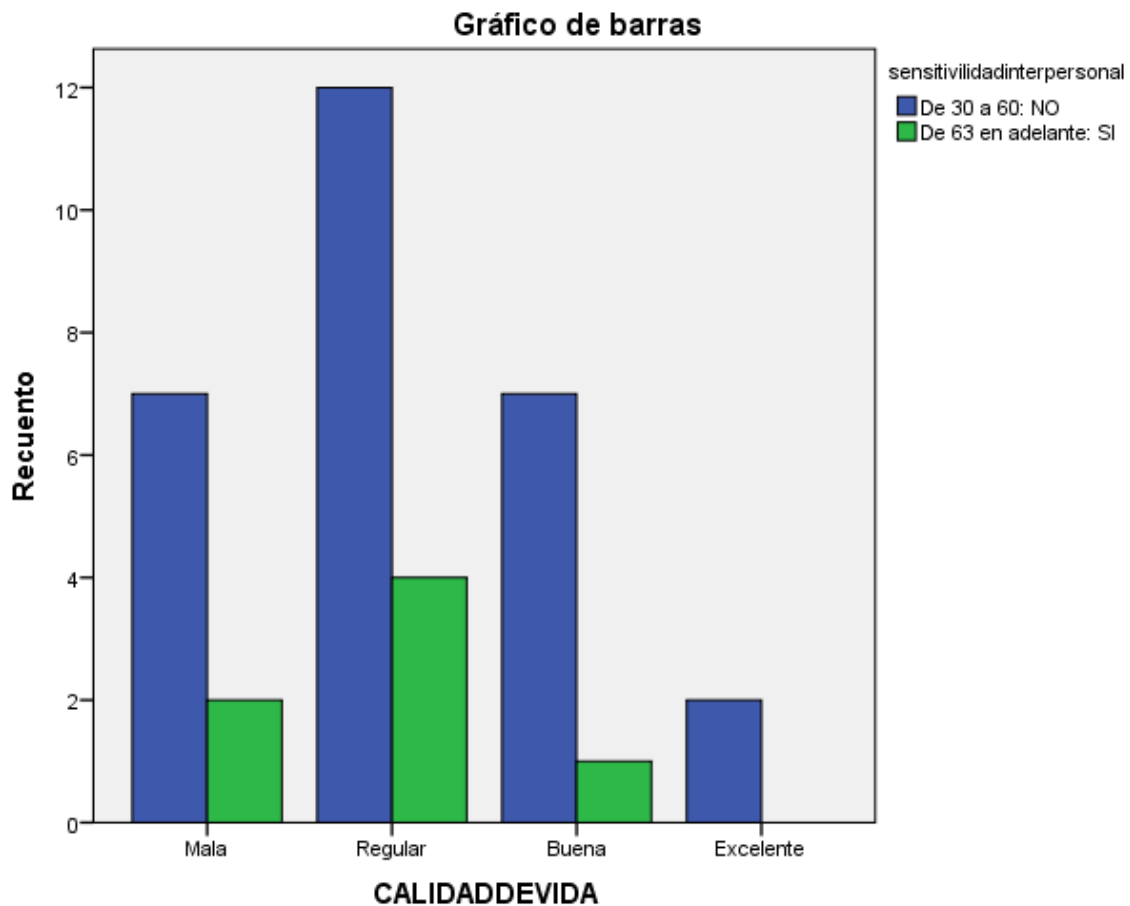
b. El estadístico estandarizado es -,793.

**Tabla 11. Pruebas de chi-cuadrado SPSS**

**Elaborado por: Freire, A 2015**

**Interpretación:**

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Sintomatología Clínica Psicológica “Sensitividad interpersonal” no se relaciona con la Calidad de Vida, de acuerdo a la siguiente formula, [ $\chi^2(3)=0.900$ ;  $N=35$ ;  $P>0.050$ ] se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.



**Gráfico 13. Calidad de vida Sensitividad interpersonal SPSS**  
 Elaborado por: Freire, A 2015

**Interpretación:**

En cuanto a sensitividad interpersonal se evidencia porcentajes altos en adultos mayores que muestran no haber manifestado este síntoma exhibiendo una calidad de vida mala, regular, buena y excelente; de la misma forma se observa índices mínimos de Sensitividad interpersonal en adultos mayores indicando un vivid mala, regular y buena.

**Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
CALIDAD DE VIDA * depresión	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

**CALIDAD DE VIDA\*depresión tabulación cruzada**

Recuento

	depresión		Total
	De 30 a 60:NO	De 63 en adelante: SI	
CALIDAD DE VIDA Mala	8	1	9
Regular	13	3	16
Buena	5	3	8
Excelente	1	1	2
Total	27	8	35

**Tabla 12. Resumen de procesamiento de casos Calidad de vida Depresión SPSS**  
Elaborado por: Freire, A 2015

**Análisis Cuantitativo:**

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que de 35 adultos mayores de muestra, 27 adultos mayores no presentaron índice de depresión indicando una calidad de vida regular, además se encontró 8 adultos mayores que si presentaron un índice de depresión mostrando una regular y buena calidad de vida.

**Pruebas de chi-cuadrado**

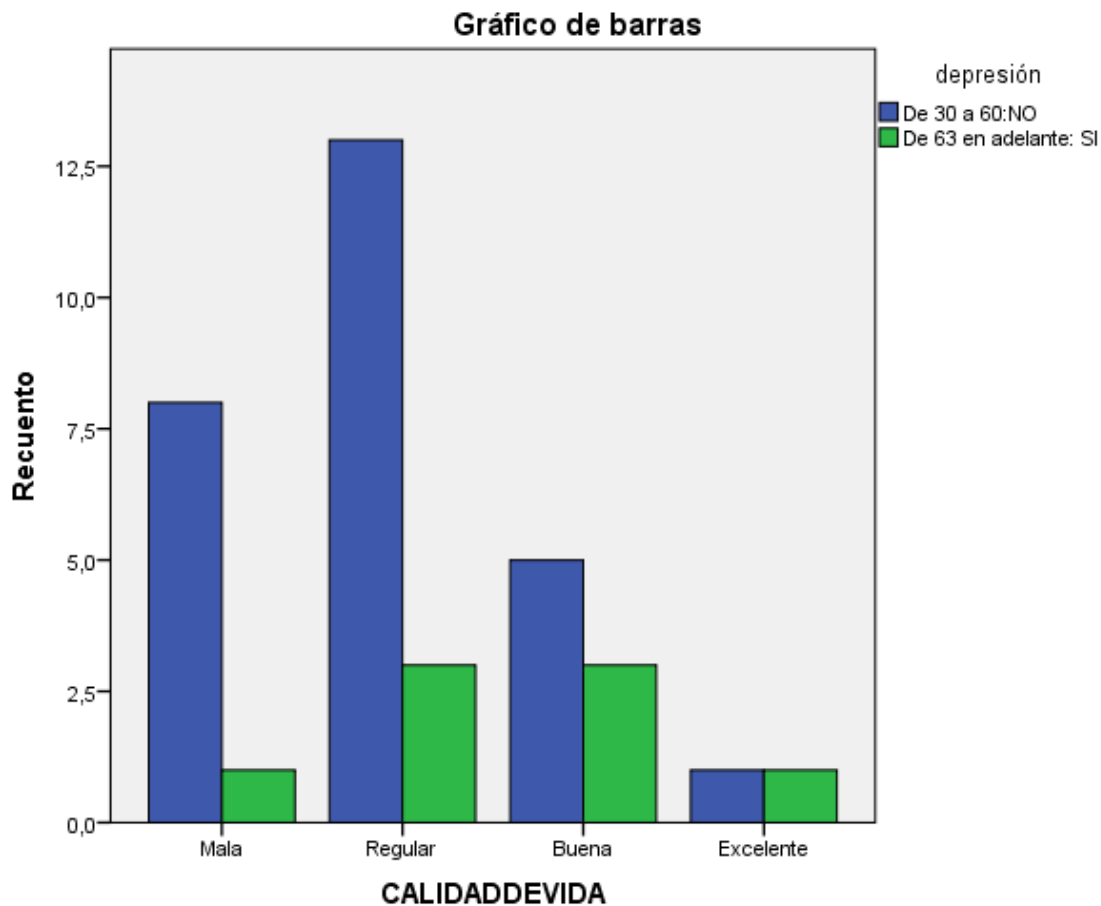
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	2,666 <sup>a</sup>	3	,446	,440		
Razón de verosimilitud	2,549	3	,466	,478		
Prueba exacta de Fisher	2,966			,412		
Asociación lineal por lineal	2,446 <sup>b</sup>	1	,118	,157	,095	,057
N de casos válidos	35					

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,46.

b. El estadístico estandarizado es 1,564.

**Tabla 13. Pruebas de chi-cuadrado SPSS**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Sintomatología Clínica Psicológica “depresión” no se relaciona con la Calidad de Vida, de acuerdo a la siguiente formula, [ $\chi^2(3)=2.966$ ;  $N=35$ ;  $P>0.050$ ] se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.



**Gráfico 14. Calidad de vida Depresión SPSS**  
 Elaborado por: Freire, A 2015

**Interpretación:**

Según la muestra tomada de adultos mayores un porcentaje alto muestran no haber manifestado índices de depresión indicando una calidad de vida mala, regular, buena y excelente; de la misma manera se observa índices mínimos de depresión con una forma de vida mala, regular, buena y excelente.

**Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
CALIDAD DE VIDA * ansiedad	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

**CALIDAD DE VIDA\*ansiedad tabulación cruzada**

Recuento

		Ansiedad		Total
		De 30 a 60: NO	De 63 en adelante: SI	
CALIDAD DE VIDA	Mala	6	3	9
	Regular	13	3	16
	Buena	5	3	8
	Excelente	1	1	2
Total		25	10	35

**Tabla 14. Resumen de procesamiento de casos Calidad de vida Ansiedad**  
Elaborado por: Freire, A 2015

**Análisis Cuantitativo:**

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que de 35 adultos mayores de muestra, 25 adultos mayores no presentaron índice de ansiedad mostrando una calidad de vida regular, además se encontró 10 adultos mayores que si presentaron un índice de ansiedad mostrando una calidad de vida mala, regular y buena.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	1,619 <sup>a</sup>	3	,655	,715		
Razón de verosimilitud	1,622	3	,655	,809		
Prueba exacta de Fisher	2,169			,575		
Asociación lineal por lineal	,251 <sup>b</sup>	1	,616	,667	,386	,150
N de casos válidos	35					

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,57.

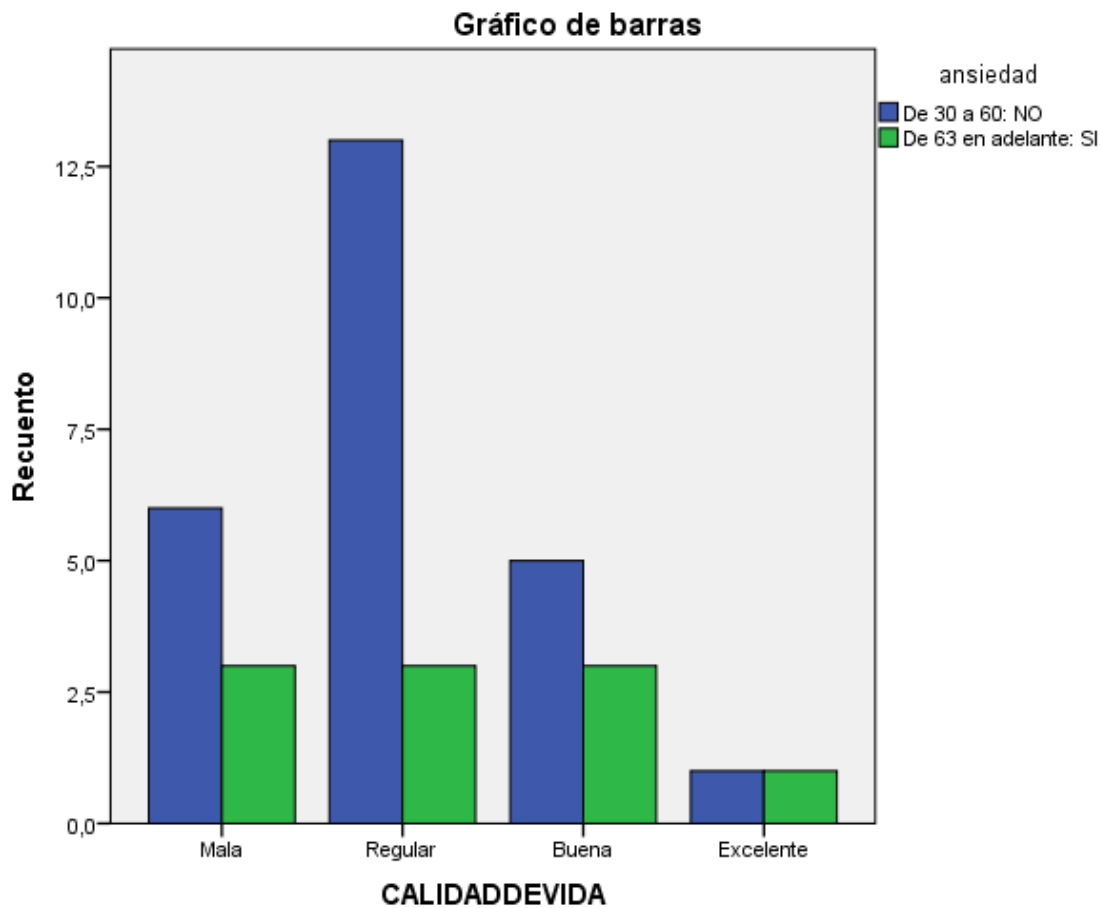
b. El estadístico estandarizado es ,501.

**Tabla 15. Pruebas de chi-cuadrado SPSS**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

**Interpretación:**

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Sintomatología Clínica Psicológica “ansiedad” no se relaciona con la Calidad de Vida, de acuerdo a la siguiente formula, [ $\chi^2(3)=2.169$ ;  $N=35$ ;  $P>0.050$ ] se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.





**Gráfico 15. Calidad de vida Ansiedad SPSS**  
 Elaborado por: Freire, A 2015

**Interpretación:**

De acuerdo a la gráfica se observa que de 35 adultos mayores un porcentaje alto muestran no ha manifestado índices de ansiedad mostrando una calidad de vida mala, regular, buena y excelente; por otra parte el índice mínimo de ansiedad, afectado la vida del adultos mayores presentándola como mala, regular, buena y excelente.

**Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
CALIDAD DE VIDA * ansiedad fóbica	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

**CALIDAD DE VIDA\*ansiedad fóbica tabulación cruzada**

Recuento

	Ansiedad fóbica		Total
	De 30 a 60: NO	De 63 en adelante: SI	
CALIDAD DE VIDA Mala	4	5	9
Regular	8	8	16
Buena	5	3	8
Excelente	1	1	2
Total	18	17	35

**Tabla 16. Resumen de procesamiento de casos Calidad de vida Ansiedad fóbica SPSS**  
Elaborado por: Freire, A 2015

**Análisis Cuantitativo:**

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que de 35 adultos mayores de muestra, 18 adultos mayores no presentaron índice de ansiedad fóbica presentando una calidad de vida regular, además se encontró 17 adultos mayores que si presentaron un índice de depresión mostrando una regular calidad de vida.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,583 <sup>a</sup>	3	,900	,905		
Razón de verosimilitud	,588	3	,899	,905		
Prueba exacta de Fisher	,897			,905		
Asociación lineal por lineal	,334 <sup>b</sup>	1	,563	,695	,354	,133
N de casos válidos	35					

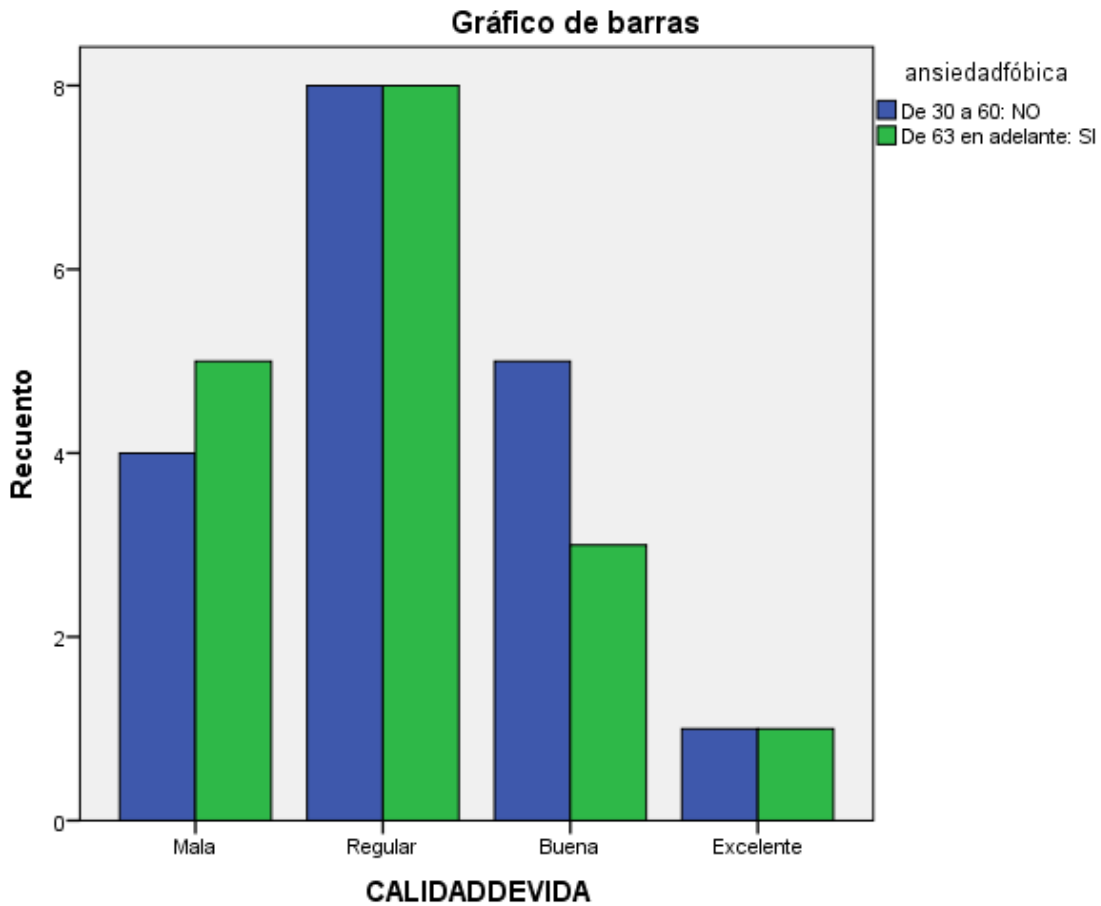
a. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,97.

b. El estadístico estandarizado es -,578.

**Tabla 17. Pruebas de chi-cuadrado SPSS**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

**Interpretación:**

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Sintomatología Clínica Psicológica “ansiedad fóbica” no se relaciona con la Calidad de Vida, de acuerdo a la siguiente formula, [ $\chi^2(3)=0.897$ ;  $N=35$ ;  $P>0.050$ ] se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.



**Gráfico 16. Calidad de vida Ansiedad fóbica SPSS**  
 Elaborado por: Freire, A 2015

**Interpretación:**

A pesar de lo mencionado se observa porcentajes similares de no haber manifestado índices de ansiedad fóbica y a su vez se visualiza índices de ansiedad fóbica en adultos mayores indicando una calidad de vida mala, regular, buena y excelente.

**Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
CALIDAD DE VIDA * ideación paranoide	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

**CALIDAD DE VIDA\*ideación paranoide tabulación cruzada**

Recuento

		Ideación paranoide		Total
		De 30 a 60: NO	De 63 en adelante: SI	
CALIDAD DE VIDA	Mala	8	1	9
	Regular	13	3	16
	Buena	7	1	8
	Excelente	2	0	2
Total		30	5	35

**Tabla 18. Resumen de procesamiento de casos Calidad de vida Ideación paranoide**  
Elaborado por: Freire, A 2015

**Análisis Cuantitativo:**

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que de 35 adultos mayores de muestra, 30 adultos mayores no presentaron índice de Ideación paranoide presentando una calidad de vida regular, además se encontró 5 adultos mayores que si presentaron un índice de depresión mostrando una regular calidad de vida.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,689 <sup>a</sup>	3	,876	1,000		
Razón de verosimilitud	,958	3	,811	1,000		
Prueba exacta de Fisher	,771			1,000		
Asociación lineal por lineal	,059 <sup>b</sup>	1	,808	1,000	,527	,218
N de casos válidos	35					

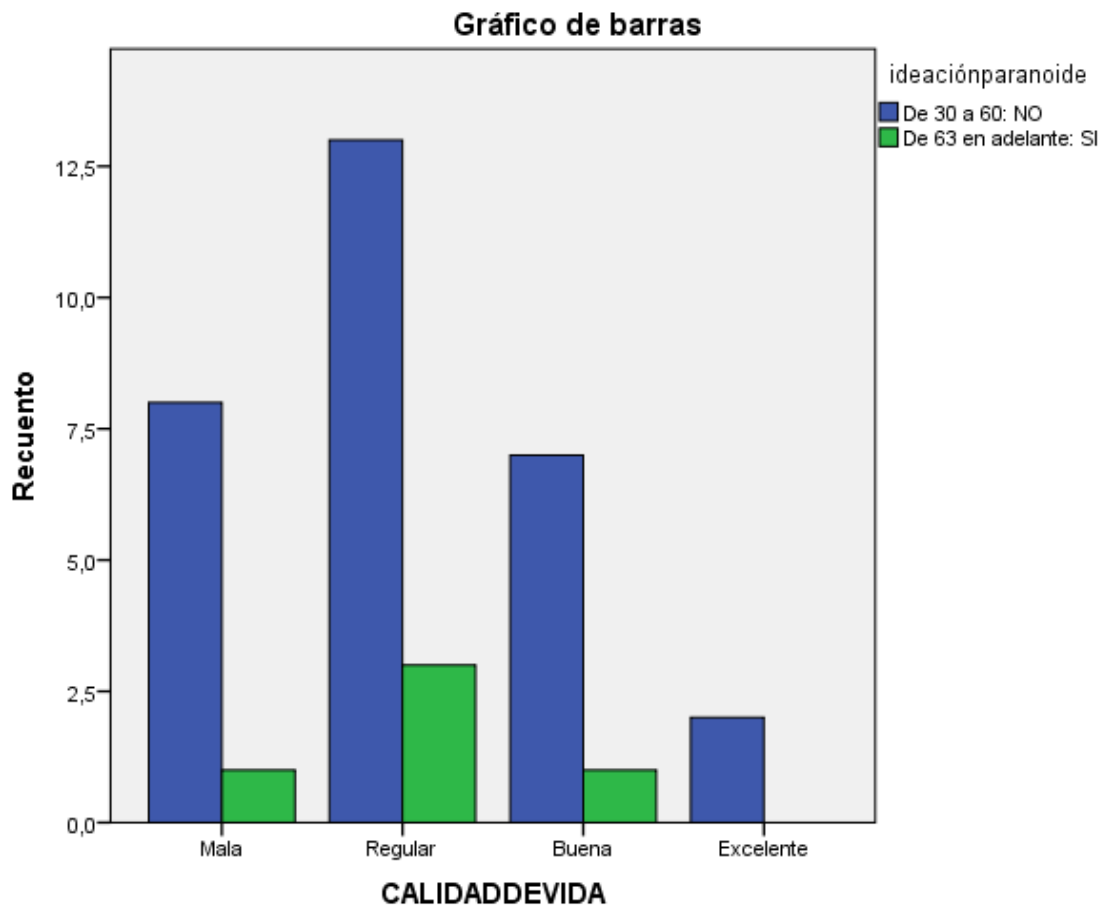
a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,29.

b. El estadístico estandarizado es -,243.

**Tabla 19. Pruebas de chi-cuadrado SPSS**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

**Interpretación:**

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Sintomatología Clínica Psicológica “Ideación paranoide” no se relaciona con la Calidad de Vida, de acuerdo a la siguiente formula, [ $\chi^2(3)=0.771$ ;  $N=35$ ;  $P>0.050$ ] se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.



**Gráfico 17. Calidad de vida Ideación paranoide SPSS**  
 Elaborado por: Freire, A 2015

**Interpretación:**

Existe porcentajes altos de no haber manifestado Ideación paranoide expresando un vivid malo, regular, bueno y excelente; mientras que índices mínimos de adultos mayores han indicado tener Ideación paranoide con una calidad de vida mala, regular y buena.

**Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
CALIDAD DE VIDA * psicoticismo	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

**CALIDAD DE VIDA\*psicoticismo tabulación cruzada**

Recuento

		psicoticismo		Total
		De 30 a 60: NO	De 63 en adelante: SI	
CALIDAD DE VIDA	Mala	9	0	9
	Regular	14	2	16
	Buena	6	2	8
	Excelente	1	1	2
Total		30	5	35

**Tabla 20. Resumen de procesamiento de casos Calidad de vida Psicoticismo SPSS**  
Elaborado por: Freire, A 2015

**Análisis Cuantitativo:**

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que de 35 adultos mayores de muestra, 30 adultos mayores no presentaron índice de psicoticismo mostrando una calidad de vida regular, además se encontró 5 adultos mayores que si presentaron un índice de psicoticismo mostrando una regular y buena calidad de vida.



**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	4,375 <sup>a</sup>	3	,224	,196		
Razón de verosimilitud	4,882	3	,181	,171		
Prueba exacta de Fisher	4,355			,140		
Asociación lineal por lineal	4,090 <sup>b</sup>	1	,043	,051	,044	,033
N de casos válidos	35					

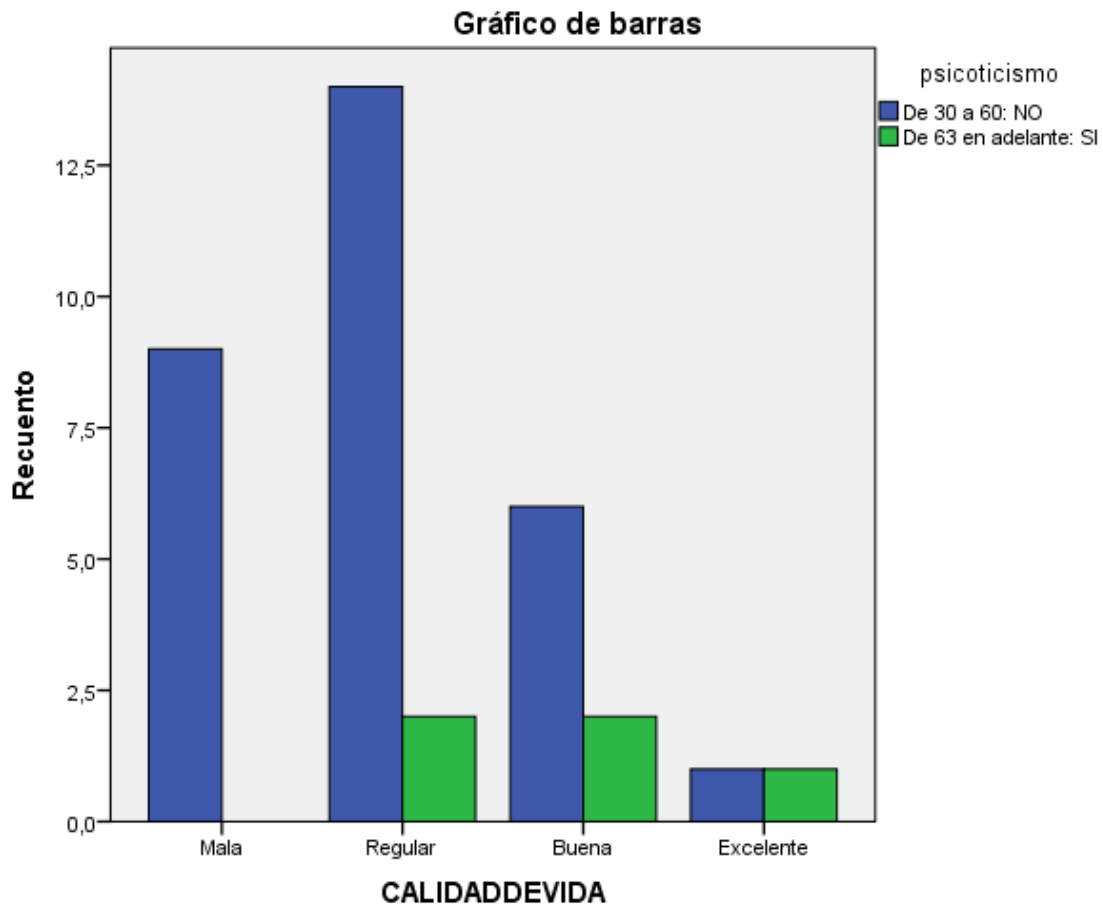
a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,29.

b. El estadístico estandarizado es 2,022.

**Tabla 21. Pruebas de chi-cuadrado SPSS**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

**Interpretación:**

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Sintomatología Clínica Psicológica “psicoticismo” no se relaciona con la Calidad de Vida, de acuerdo a la siguiente formula, [ $\chi^2(3)=4.355$ ;  $N=35$ ;  $P>0.050$ ] se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.



**Gráfico 18. Calidad de vida Psicoticismo SPSS**  
 Elaborado por: Freire, A 2015

**Interpretación:**

De 35 adultos mayores se visualiza porcentajes altos que muestran no haber manifestado índices de psicoticismo reflejando una calidad de vida regular, buena y excelente; por otra parte los mínimos índices de psicoticismo han manifestado la vida del adulto mayor como regular, buena y excelente.

**Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
CALIDAD DE VIDA * hostilidad	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

**CALIDAD DE VIDA\*hostilidad tabulación cruzada**

Recuento

		hostilidad		Total
		De 30 a 60: NO	De 63 en adelante: SI	
CALIDAD DE VIDA	Mala	9	0	9
	Regular	14	2	16
	Buena	6	2	8
	Excelente	2	0	2
Total		31	4	35

**Tabla 22. Resumen de procesamiento de casos Calidad de vida Hostilidad SPSS**  
Elaborado por: Freire, A 2015

**Análisis Cuantitativo:**

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que de 35 adultos mayores de muestra, 31 adultos mayores no presentaron índice de hostilidad mostrando una calidad de vida regular y mala, además se encontró 4 adultos mayores que si presentaron un índice de hostilidad mostrando una regular y buena calidad de vida.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	2,893 <sup>a</sup>	3	,408	,406		
Razón de verosimilitud	3,823	3	,281	,320		
Prueba exacta de Fisher	2,663			,406		
Asociación lineal por lineal	1,065 <sup>b</sup>	1	,302	,357	,233	,140
N de casos válidos	35					

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,23.

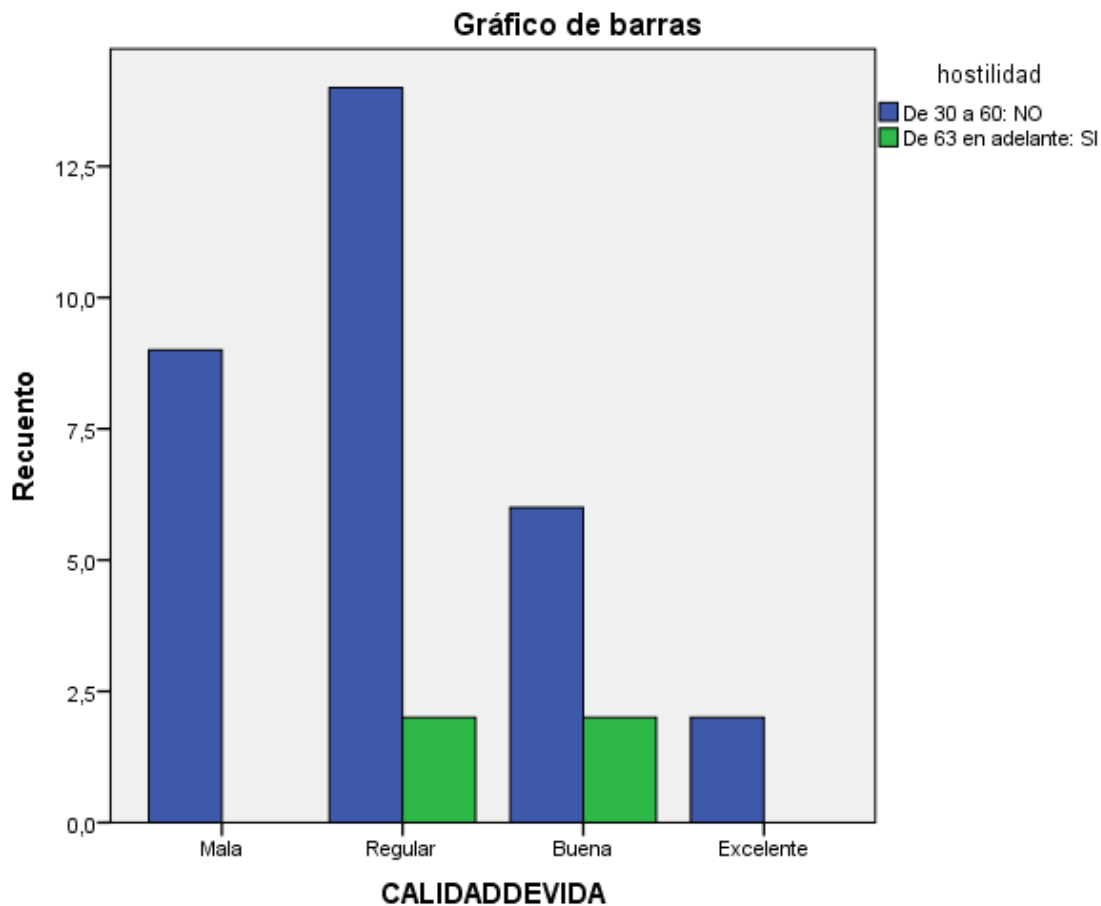
b. El estadístico estandarizado es 1,032.

**Tabla 23. Pruebas de chi-cuadrado SPSS**

**Elaborado por: Freire, A 2015**

**Interpretación:**

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Sintomatología Clínica Psicológica “hostilidad” no se relaciona con la Calidad de Vida, de acuerdo a la siguiente formula, [ $\chi^2(3)=2.663$ ;  $N=35$ ;  $P>0.050$ ] se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.



**Gráfico 19. Calidad de vida Hostilidad SPSS**  
 Elaborado por: Freire, A 2015

**Interpretación:**

Existen porcentajes altos de adultos mayores que no han manifestado índices de hostilidad reflejando una calidad de vida mala, regular, buena y excelente; por otra parte se observa índices mínimos de hostilidad en adultos mayores que exhiben un vivir bueno y regular.

**Correlaciones**

		CALIDAD DE VIDA	somatización	Obsesiones y compulsiones	Sensitividad interpersonal	depresión	ansiedad	hostilidad	Ansiedad fóbica	P A R	psicoticismo	IGS	Sexo
CALIDAD DE VIDA	Correlación de Pearson	1	-,078	,177	-,136	,268	,086	,177	-,099	-,042	,347 <sup>+</sup>	,151	-,044
	Sig. (bilateral)		,655	,309	,436	,119	,623	,309	,571	,812	,041	,388	,803
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
somatización	Correlación de Pearson	-,078	1	,467 <sup>**</sup>	,355 <sup>+</sup>	,286	,561 <sup>**</sup>	,281	,318	,193	,362 <sup>+</sup>	,371 <sup>+</sup>	-,278
	Sig. (bilateral)	,655		,005	,037	,096	,000	,101	,063	,266	,033	,028	,106
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Obsesiones y compulsiones	Correlación de Pearson	,177	,467 <sup>**</sup>	1	,494 <sup>**</sup>	,446 <sup>**</sup>	,369 <sup>+</sup>	,718 <sup>**</sup>	,370 <sup>+</sup>	,367 <sup>+</sup>	,623 <sup>**</sup>	,531 <sup>**</sup>	,163
	Sig. (bilateral)	,309	,005		,003	,007	,029	,000	,029	,030	,000	,001	,348
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Sensitividad interpersonal	Correlación de Pearson	-,136	,355 <sup>+</sup>	,494 <sup>**</sup>	1	,068	,158	,269	,372 <sup>+</sup>	,204	,204	,123	,038
	Sig. (bilateral)	,436	,037	,003		,698	,364	,118	,028	,240	,240	,481	,829
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35

Depresión	Correlación de Pearson	,268	,286	,446**	,068	1	,559**	,446**	,560**	,361*	,361*	,511**	,067
	Sig. (bilateral)	,119	,096	,007	,698		,000	,007	,000	,033	,033	,002	,702
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Ansiedad	Correlación de Pearson	,086	,561**	,369*	,158	,559**	1	,369*	,651**	,284	,284	,525**	,120
	Sig. (bilateral)	,623	,000	,029	,364	,000		,029	,000	,098	,098	,001	,493
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Hostilidad	Correlación de Pearson	,177	,281	,718**	,269	,446**	,369*	1	,370*	,367*	,623**	,531**	,163
	Sig. (bilateral)	,309	,101	,000	,118	,007	,029		,029	,030	,000	,001	,348
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Ansiedad fóbica	Correlación de Pearson	-,099	,318	,370*	,372*	,560**	,651**	,370*	1	,420*	,257	,573**	,139
	Sig. (bilateral)	,571	,063	,029	,028	,000	,000	,029		,012	,137	,000	,427
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Ideación paranoide	Correlación de Pearson	-,042	,193	,367*	,204	,361*	,284	,367*	,420*	1	,300	,251	,186
	Sig. (bilateral)	,812	,266	,030	,240	,033	,098	,030	,012		,080	,145	,286
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35

Psicoticismo	Correlación de Pearson	,347*	,362*	,623**	,204	,361*	,284	,623**	,257	,300	1	,427*	-,248
	Sig. (bilateral)	,041	,033	,000	,240	,033	,098	,000	,137	,080		,010	,152
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Índice de severidad global	Correlación de Pearson	,151	,371*	,531**	,123	,511**	,525**	,531**	,573**	,251	,427*	1	,145
	Sig. (bilateral)	,388	,028	,001	,481	,002	,001	,001	,000	,145	,010		,407
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Sexo	Correlación de Pearson	-,044	-,278	,163	,038	,067	,120	,163	,139	,186	-,248	,145	1
	Sig. (bilateral)	,803	,106	,348	,829	,702	,493	,348	,427	,286	,152	,407	
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Tabla 24. Correlaciones Calidad de vida y Sintomatología Clínica Psicológica SPSS  
Elaborado por: Freire, A 2015**



**Análisis cuantitativo:**

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS con una muestra de 35 adultos mayores se observa una correlación tendencial entre calidad de vida y síntoma como son la sensibilidad interpersonal, depresión, psicotismo y obsesiones y compulsiones las cuales han mostrado con más prevalencia en la vida del adulto mayor.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

Del trabajo investigativo realizado en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús podemos deducir las siguientes conclusiones y recomendaciones.

#### 5.1 Conclusiones

- Luego de la investigación realizada se ha determinado que la Sintomatología Clínica Psicológica no influye en la Calidad de vida del Adulto Mayor en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.
- Se ha podido determinar también que del total de adultos mayores de la presente investigación manifestaron una correlación tendencial entre calidad de vida y síntomas como sensibilidad interpersonal, depresión, psicotismo y obsesiones y compulsiones las cuales se han mostrado con más prevalencia en la vida del adulto mayor. También se evidencio que las mujeres son más propensas a manifestar Sintomatología Clínica Psicológica que los hombres, ya que se ha identificado que los adultos mayores hombres reflejan una mejor calidad de vida a pesar de la mínima muestra que ellos representan en la investigación realizada (tabla 24).
- En cuanto a la calidad de vida percibida por los adultos mayores el 60% indico manifestar una mala calidad de vida, mientras que el 23% mostro una calidad de vida regular, por otro lado un 14% presento una calidad de vida buena y por último el 3% presento una muy buena calidad de vida; lo que se percibe que los adultos mayores en su etapa de vejez (grafico 4).

## 5.2 RECOMENDACIONES

- Proporcionar la información necesaria acerca de la calidad de vida en los adultos mayores, ya que cada uno de ellos necesita del apoyo incondicional de su familia y cuidadores.
- Se debería también priorizar al adulto mayor y proporcionarle la debida atención tanto en casa como en un “hogar de ancianos” ya que ellos necesitan de mucho afecto y cuidados que solo su familia le puede brindar, ayudando de esta manera a alargar su calidad de vida durante su vejez.
- Estructurar una guía de intervención para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores trabajando conjuntamente con el grupo de Madres Doroteas del hogar de ancianos, para de esta manera brindar asesoramiento psicológico a sus cuidadoras y a cada una de las familias del adulto mayor, dándoles a conocer sobre la calidad de vida que presentan los adultos mayores y como mejorarla.

## CAPÍTULO VI

### PROPUESTA

#### 6.1 Datos informativos

##### 6.1.1 Tema de Propuesta

“Desarrollar un programa psicológico para tratar sintomatología clínica psicológica en el adulto mayor y mejorar su calidad de vida”

##### 6.1.2 Institución Ejecutora

Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de psicología Clínica

##### 6.1.3 Institución beneficiaria

- **Hogar de Ancianos:** Sagrado Corazón de Jesús
- **Provincia:** Tungurahua
- **Ciudad:** Ambato
- **Clda:** España

##### 6.1.4 Beneficiarios

➤ **Directos:**

Los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Ambato

➤ **Indirectos:**

Familiares de los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

Madres Doroteas del Hogar de Ancianos

### **6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución**

Seis meses aproximadamente

### **6.1.6 Equipo Responsable**

- **Tutor de la investigación:** Psicólogo Juan Sandoval
- **Investigadora:** Ana Lucia Freire
- **Directora:** Sor. Ágata

## **6.2 Antecedentes de la propuesta**

De acuerdo a los datos conseguidos en la presente investigación con respecto a la sintomatología clínica psicológica se encontró mayor prevalencia en obsesiones y compulsiones, depresión, sensibilidad interpersonal, hostilidad y psicotismo, mismas que se caracterizan por la presencia de angustia, tristeza, falta de seguridad o cuidado, agitación motora, labilidad emocional y mal humor siendo estos síntomas una de las causas que revelen una calidad de vida mala en el adulto mayor. Es importante mencionar que los adultos mayores debido a su edad y las diferentes etapas evolutivas que han debido pasar durante su vida, empiezan a manifestar en su última etapa un declive acompañado de sufrimientos, dolencias y diversos tipos enfermedades psicológicas y físicas a más de perder el rol dentro de su familia.

Los adultos mayores son personas que por su etapa de senectud necesitan afecto, atención, comprensión lo cual muchas veces no los reciben por sus hijos o cuidadores, los cuales se muestran distantes y no expresan su afecto abiertamente presentando una comunicación pobre.

Se ha encontrado además que la mala calidad de vida del adulto mayor contribuye de manera negativa sintiéndose inservibles dentro de la sociedad.

Estos resultados nos revelan la necesidad de realizar un abordaje terapéutico con enfoque cognitivo conductual que contribuya a la sintomatología clínica psicológica.

### **6.3 Justificación**

La aplicación de la propuesta es factible debido a que mediante los resultados de la presente investigación se ha encontrado que un porcentaje elevado de adultos mayores que presentan una calidad de vida mala la cual ha evitado que puedan vivir satisfactoriamente.

Es importante también mencionar que en la actualidad hablar de calidad de vida en adultos mayores es un tabú, ya que debido a la vejez por la que todas las personas atraviesan, se piensa que es “normal” que se sientan desmotivado y triste; sin embargo esto no es así. Estos signos son parte de la desolación que el adulto manifiesta cuando empieza con su etapa de vejez, uno de los factores causantes de esto es su familia y la sociedad la cual lo va señalando como una persona inservible e incapaz de realizar sus actividades con la misma fuerza e entusiasmo etiquetándolo y desvalorizándolo.

Debido a esta situación es que se trata de implementar una guía de intervención para que respalde al adulto mayor y lo beneficie de una manera que permita reintegrarlo a la sociedad, es por eso que se cuenta con la predisposición y autorización de las autoridades del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús para la realización del trabajo conjuntamente con el con el apoyo de las Madres Doroteas de la Institución, para así brindar el abordaje pertinente a los adultos mayores que así lo requieran.

Con respecto a la guía de intervención que se utilizara, esta va encaminada a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

### **6.4 Objetivos**

#### **6.4.1 General**

“Implementar un programa psicológico para tratar sintomatología clínica psicológica en el adulto mayor y mejorar su calidad de vida”

#### **6.4.2 Especifico**

- Modificar los síntomas de sensibilidad interpersonal, obsesiones y compulsivos, psicoticismo y depresión a través de la Terapia Racional Emotiva (TREC).

- Promover una mejor la calidad de vida en el adulto mayor a través de la terapia ocupacional.

## **6.5 Fundamentación teórica**

### **6.5.1 Introducción**

Esta fundamentación se basa en la combinación de fundamentos teóricos

#### **Enfoque Cognitivo-Conductual**

Desde el aparecimiento de la corriente cognitiva conductual se adoptan una serie de principios que determinan el inicio y el mantenimiento de la conducta. Según J. A. Carrobles (1990): “el enfoque o corriente cognitiva conductual propone la integración de los factores cognitivos y conductuales estableciendo entre ellos la existencia de un interaccionismo reciproco”. Por lo que se considera a la terapia cognitiva conductual como un modelo de tratamiento psicoeducativo a corto plazo, la cual utiliza técnicas de modificación de conducta y procedimientos verbales. Además de utilizar un sistema de psicoterapia que se basa en una teoría de psicopatología que mantiene que “la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus experiencias y conductas” (Rodríguez E. , 2012).

Para realizar un proceso terapéutico cognitivo conductual se debe tomar en cuenta los siguientes pasos

- Establecer una favorable relación con el paciente
- Explorar y evaluar los problemas
- Identificar los problemas específicos para enfocar el trabajo terapéutico
- Establecer objetivos
- Explicar la teoría y el método TREC
- Clarificar las expectativas con respecto a la terapia

Fases de la terapia cognitiva conductual

- Evaluación: se examina cuidadosamente el caso mediante la entrevista y la observación, se formula hipótesis y se trazan objetivos
- Intervención: se emplea técnicas terapéuticas orientadas al objetivo

- Seguimiento se evalúa la efectividad del plan terapéutico a corto o largo plazo (Rodríguez E. , 2012)

### Terapia Racional Emotiva- Conductual (TREC)

En si la TREC enseña al sujeto las consecuencias de sus actos, las causas de sus emociones y actos, el objetivo de esta terapia es la autoverbalización del sujeto y aprender de una forma nueva a evaluar las situaciones de la vida cotidiana para actuar de una manera razonable para que de esta manera el sujeto logre mantener emociones funcionales que le permitan tener una vida confortable. Esta evaluación se realiza a través de las exigencias absolutistas y dogmáticas “debo de” y “tengo que” en relación a estos tres aspectos (Ibañez, Onofre, & Vargas, 2012).

### Características de la TREC

- Abordaje integral: emotivo, cognitivo y conductual
- Centrada en el problema
- Abordajes breves
- Incluye tareas cotidianas entre tareas
- Perdurable en el tiempo por su acción transformadora

### El "A -B-C-" de la TREC

Para reconocer con eficacia las emociones y conductas que pueden presentarse como negativas, ligeras, fuertes inapropiadas o apropiadas; lo principal es poner énfasis en los pensamientos, es decir todo lo relacionado con las creencias e imágenes que disparan de una idea acontecimiento y estas son interpretadas de forma racional idea irracional (Mayorga, 2014).

- A. Situaciones activadoras; evento o situación real
- B. Interpretaciones de las situaciones (pensamientos, opiniones, creencias, conclusiones, autoverbalizaciones, quejas, etc.)
- C. Emociones negativas -tristeza, ansiedad, enojo, etc.- que surgen de B.
- D. Discusión la validez de B. El terapeuta cuestiona la validez y la racionalidad de los pensamientos del paciente.
- E. Cambio favorable en las emociones, a partir de la discusión de las creencias irracionales.



## Proceso de la terapia racional emotiva

- Explicación del esquema a-b-c
- Detención de las ideas irracionales
- Debate, distinción y discusión de las ideas irracionales
- Consecución de un nuevo efecto o filosofía (Bados & García, 2010).

## Terapia de relajación muscular progresiva de Jacobson

La terapia de relajación muscular progresiva fue desarrollada por Jacobson en 1939. Es un tipo de relajación que presenta una orientación fisiológica y enseña a relajar los músculos a través de un proceso de dos pasos.

Primero se aplica deliberadamente la tensión a ciertos grupos de músculos, y después se libera la tensión inducida y se dirige la atención a notar cómo los músculos se relajan.

### Normas básica:

- En la relajación es esencial la concentración
- Se eliminará en lo posible toda contracción o sensación de estar agarrotado/a
- El lugar donde se lleve a cabo ha de ser tranquilo
- Se evitarán los ambientes muy calurosos o muy fríos
- La luz debe ser tenue
- La ropa ha de ser adecuada a las condiciones ambientales
- El ambiente de la habitación ha de ser adecuado, con poca luz
- Un ambientador adecuado.

### Siga la secuencia siguiente:

1° Tense los músculos lo más que pueda.

2° Note la sensación de tensión.

3° Relaje esos músculos.

4° Sienta la agradable sensación que se percibe al relajar esos músculos.

Por último, cuando tense una zona, debe mantener el resto del cuerpo relajado

Pasos:

- Se empieza por la frente
- Después ojos
- Nariz y labios
- Cuello
- Brazo piernas
- Espalda
- Estomago
- Glúteos y muslos (Irles & et.al, 2011).

Terapia Ocupacional.

La terapia ocupacional incluye la prevención de la disfunción, discapacidad y minusvalía y recuperación de la función o adaptación a la situación funcional del usuario, con el fin de alcanzar el mayor grado de autonomía posible en su vida diaria, abarcando un enfoque de prevención, de rehabilitación y de adaptación, con el fin de mejorar la capacidad funcional del individuo (Moix & Devi, 2012). A través de grupos variados, interpersonales, con la utilización de juegos como sopa de letra, laberintos, crucigramas etc.

Por lo consiguiente se utilizara el enfoque cognitivo conductual con el afán de realizar un programa psicológico acompañado de técnicas ocupacionales y TREC con el fin de tratar y mejorar la sintomatología clínica psicológica y la calidad de vida.

## 6.6 Modelo Operativo

Fase Introdutoria

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
<b>Preparación del ambiente</b>	Capacitar al grupo de Madres Doroteas acerca de la problemática	Técnica explicativa Grupal para el personal de la institución	Salón de actividades	Investigadora	Primer día
<b>Desarrollo del ambiente</b>	Fomentar una relación apropiada entre el terapeuta y el adulto mayor	Raportt	Departamento psicológico	Investigadora	Segundo día
		Crear empatía		Investigadora	Tercer día
		Encuadre terapéutico		Investigadora	Cuarto Día

Tabla 25. Fase Introdutoria  
Elaborado por: Freire, A 2015

**FASE II: TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL**

<b>ETAPA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>TIEMPO</b>
Desarrollo e introducción a la terapia	Relajar al adulto mayor	Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson	Departamento psicológico	Investigadora	45 minutos, un día por semana, 7 sesiones
Exploración de ideas irracionales	Identificar las ideas irracionales	Técnica TREC	Recursos de oficina, Departamento Psicológico	Investigadora	45 minutos, un día por semana, 7 sesiones
Debate de ideas irracionales	Concientizar acerca de las ideas irracionales	Técnica TREC	Departamento psicológico	Investigadora	45 minutos, un día por semana. 7 sesiones
Destrucción de ideas irracionales	Modificar pensamientos erróneos	Técnica TREC	Recursos de oficina, Departamento Psicológico	Investigadora	Durante el cumplimiento de la fase

**Tabla 26. Fase II Terapia Cognitiva Conductual**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

<b>ETAPA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>Destrucción de ideas irracionales</b>	Incrementar la sociabilidad	Técnica Ocupacional para mejorar la calidad de vida	Recursos de oficina, Salón de actividades	Investigadora	Durante el cumplimiento de la fase
<b>Confrontación a sus ideas irracionales</b>	Promover la calidad de vida	Técnica Ocupacional para mantener los aspectos de la calidad de vida	Recursos de oficina, Salón de actividades	Investigador	1 hora por semana
<b>Determinación de estímulos provocadores</b>	Determinar las situaciones en donde aumenta la depresión, las obsesiones y compulsiones, la sensibilidad interpersonal, y el psicotismo iniciar un correcto desprendimiento.	Registro de ideas irracionales	Recursos de oficina, Departamento Psicológico	Investigadora	45 minutos, un día por semana, 7 sesiones
<b>Seguimiento</b>	Monitorear el avance psicoterapéutico	Ficha de seguimiento	Recursos de oficina, Departamento Psicológico	Investigadora	Diario

**Tabla 27. Fase II Terapia Cognitiva Conductual**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

## 6.7 Administración de la propuesta

### 6.7.1 Recursos Institucionales

- Universidad Técnica de Ambato
- Facultad de Ciencias de la Salud
- Carrera de Psicología Clínica
- Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús

### 6.7.2 Recursos Humanos

Recursos	Nº	Valor/hora	Tiempo/hora	Valor/Actividad
Investigador	1	\$12	100	\$1200
Pasantes Psicología Clínica	1	\$6	60	\$360
TOTAL				\$1,560

**Tabla 28. Recursos Humanos**  
Elaborado por: Freire, A 2015

### 6.7.3 Recursos Materiales

Recursos	Nº	Valor/unit.	Valor/total	Valor/recurso
Hojas para apuntes	35	\$0.02	7.00	7.00
Lápices	35	\$0.40	14.00	14.00
Figuras de cerámica	35	\$ 2.00	70.00	70.00
Hilos de colores	29	\$0.10	3.50	3.50
Esterillas	29	\$ 0.60	17.40	17.40
Fomix de colores	175	\$0.10	\$17.50	17.50
Agua	35	0.75	\$26.25	26.25
Total				\$155.65

**Tabla 29. Recursos Materiales**  
Elaborado por: Freire, A 2015

#### 6.7.4 Recursos de Oficina

Recursos	N°	Valor/unit.	Valor/total	Valor/recurso
Impresiones	35	\$0.80	\$28.60	\$28.60
Paquete de hojas	1	\$4.50	\$4.50	\$4.50
Pegamento	6	\$1	\$6.00	\$6.00
TOTAL			\$ 117.70	<b>\$ 39.10</b>

**Tabla 30. Recursos Oficina**  
Elaborado por: Freire, A 2015

#### 6.7.5 Otros Recursos

Refrigerio	-	\$300
Transporte	-	\$150
TOTAL	-	<b>\$450</b>

**Tabla 31. Otros Recursos**  
Elaborado por: Freire, A 2015

#### 6.7.6 Recursos Financieros

Rubro de gastos	Valor
Humanos	\$1,560
Institucionales	\$0.00
Materiales	\$155.60
Oficina	\$ 39.10
Tecnológicos	\$0.00

Otros	\$450
Subtotal	\$2204.7
Imprevistos (5%)	\$100.00
Total	<b>\$2304.7</b>

**Tabla 32. Recursos Financieros**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**



### 6.7.7 Cronograma de Actividades

¿Quién ejecuta?	Egda. Ana Freire
Lugar de ejecución	Consultorio Psicológico de la Institución
¿A quiénes?	Adultos mayores del hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús
¿Cuándo?	Julio 2015
¿Con que finalidad?	Modificar la sintomatología clínica psicológica y promover una mejor la calidad de vida en el adulto mayor

**Tabla 33. Cronograma de Actividades**  
**Elaborado por: Freire, A 2015**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Bibliografía

- Alarcon, P. (2010). *Centro de Psicología Alboran*. Granada: Instituto de Psicología Anadaluz S.L.N.E - C.I.F: B-18806141.
- Angulo, L. F. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores*. Bogota: universidad de la sabana.
- Arechabala, C. (2010). Promoción en salud y envejecimiento activo. *Revista Biomédica Revisada Por Pares*, 01.
- Bados, & García. (2010). *La tecnica de la reestructuracion cognitiva*. barcelona: universidad de barcelona.
- Barbero, L. (2012). *Higiene y atencion sanitaria domiciliaria*. Vigo: Ideaspropias.
- Boggio, M. (20 de Septiembre de 2011). Ansiedad en el adulto mayor. *Revista Electronica de portales medicos*, 02.
- Bustos, J. (2013). *Psicodiagnóstico de las funciones cognitivas* . Barranquilla, Colombia: Universidad abierta y a distancia .
- Cardenas, G., & Carreño, V. (05 de Febrero de 2012). La Realidad virtual como herramienta para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Digital Universitaria*, 01.
- Castro, Brisuela, & et.al. (2010). *Adultos mayores institucionalizados en el hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú*. argentina: universidad nacional de catamarca.
- Cermi. (03 de Octubre de 2014). España ocupa el puesto 21 del mundo en calidad de vida de los mayores, por detrás de Francia y Alemania. *periodico de la discapacidad*, pág. 01.

- Chavéz, A., Macías, L., & Klein, A. (2012). *Salud Mental Y Malestar Subjetivo* (Primera ed.). Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Clark, M. (2011). Psicoterapia, el alivio para la ansiedad. *artículos de la Universidad Gestalt*, 01.
- Comercio, D. E. (10 de Junio de 2012). Solo el 10% de pacientes es diagnosticado con depresión. *Diario El Comercio*, pág. 01.
- Crespo, J. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores*. Cuenca.
- Delgado, & Muñoz. (06 de Noviembre de 2015). *Plan social de negocios para emprender una asociación destinada a la elaboración de un manual*. Quito: universidad politécnica salesiana sede quito.
- Expreso. (31 de diciembre de 2011). Ecuador lidera en "esperanza de vida". *Diario "El Expreso"*, págs. 01-02.
- Farjado, & Nuñez. (2012). Valoración integral del adulto mayor a partir de escalas de medición . *Revista Edufísica*, 4-13.
- Fonseca, E., Santarén, M., & et.al. (2011). *Síntomas psicóticos subclínicos en poblacion general de adolescentes*. España: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental
- Gamez, C., Rivera, M., & et.al. (2011). *Valoración gerontologica integral en el adulto mayor ambulatorio*. Mexico: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- García. (2011). Los derechos de los adultos mayores. *Revista Judicial*, 01.
- García. (2012). Geriatria. *Revista Medica*, 08-66.
- Gento, S., Pérez, G., & Pérez, M. (2011). *Tratamiento educativo de la diversidad en personas mayores*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Gimenez, J., Gonzales, M., Vidal, J., & et.al. (2010). Manejo del paciente que somatiza . *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 27.

- Gonzalez, J. (2011). *El Envejecimiento: Aspectos Sociales* (Primera ed.). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Guzman, & Romero. (2013). *Investigación diagnóstica sobre la situación actual de la salud mental desarrollada por el ministerio de salud de el salvador*. El salvador: universidad del salvador .
- Hora, L. (2011). 6 de cada 10 ancianos trabajan. *La Hora Nacional*, 01.
- Ibañez, Onofre, & Vargas. (2012). Terapia Racional Emotiva . *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, 1457.
- IMMS. (13 de Octubre de 2014). *Depresión en el adulto mayor*. Recuperado el 11 de Mayo de 2015, de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
- INE. (13 de Marzo de 2013). Encuesta nacional de salud 2011-2012. *Notas de prensa*, pág. 03.
- INEC, C. (02 de Septiembre de 2011). Población del país es joven y mestiza, dice censo del INEC. *Universo*, pág. 01.
- Izquierdo, Á. (2010). Psicología del desarrollo de la edad adulta. *Revista Complutense de Educación vol. 16*, 602.
- Ladines, V., & Sumba, D. (2014). *Análisis del proceso de Evaluación Psicológica en los Departamentos de Consejería Estudiantil de la provincia del Azuay*. Azuay: Universidad de cuenca .
- Lazarus, R., Opton, E., & Averil, J. (2009). *Adaptación, psicología y emociones*. Fundación Universitarias Konrad Lorenz.
- Lopez, J., Barrios, & et.al. (Junio de 2010). Aportaciones de la investigación cuantitativa a la psicogerontología. *Revista Kairós Gerontología*, 136.

- Mayores, A. (03 de Septiembre de 2014). Primera Encuesta Nacional. (G. d. Prensa, Entrevistador) Argentina.
- Mayorga. (2014). *Aplicacion de la terapia racional emotiva de ellis para el fortalecimiento del autoestima en adultos mayores*. Ambato: Universidad Catolica del Ecuador Sede Ambato.
- Moix, & Devi. (2012). *Manual de intervención psicologica en dolor crónico*. Barcelona: Herder.
- Mondragón, J., & Trigueros, I. (2010). *Asistente Social/trabajador Social de la Generalitat Valenciana*. (Vol. 1). Valencia, España: MAD, S.L.
- Naranjo, G. (2004). *Tutoria de la investigación científica*. Ambato: Universidad Tecnica de ambato.
- Palacio, J. M., & et.al. (2006). *Ats/due de Atención Especializada Del Instituto Catalán de la Salud* (Cuarta edición ed., Vol. 2). (S. Editorial Mad, Ed.) Catalán, España: MAD, S.L.
- Parraguez, Terrejon, & Anigstein. (2011). *Calidad de vida en personas mayores en Chile*. Chile: Universidad de Chile.
- Pazan, G. (2012). *Calidad de vida del paciente diabetico y su incidencia en el desarrollode cuadros depresivos*. Ambato: Universidad Tecnica de ambato.
- Peláez, T. E. (2012). *Mas vale por viejo: lecciones de longevidad*. New York, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Pérez. (2010). *Trastornos de ansiedad fóbica en el adutlo mayor: valoración crítica y manejo terapéutico*. Bahama: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
- Pereira, M. N. (2014). *Enfoques Conductistas, Cognitivos Y Racional Emotivos*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

- Pérez. (2010). *Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor: valoración crítica y manejo terapéutico*. Bahama: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
- Peréz. (2014). *Retos de calidad de vida en asilos de ancianos mexicanos*. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez, & al.et, &. (2013). *Calidad de vida en personas adultas y mayores*. España: UNED.
- Pérez, G., & Oliva, A. d. (2013). *Calidad de vida en personas adultas mayores*. Madrid: Universidad Nacional de educacion a distancia .
- Perez, M., & et.al. (2012). Medio familiar de los adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 01.
- Rodríguez. (2010). *Vejez y envejecimiento*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Rodríguez. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 01-04.
- Rodríguez, E. (2012). *Enfoque cognitivo conductual*. Madrid.
- Rosales, J. (14 de Marzo de 2010). Imbabura tiene mayor población adulta. *El comercio*, pág. 01.
- Velásquez, & et.al. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud oral en los adultos mayores*. Mexico: Universidad Nacional Autonoma de.
- Zárate, O. d., & etal. (2010). *Psicogeriatría* (Vol. 3). Barcelona, España: Elsevier Masson.

## LINKOGRAFÍA

BBC. (01 de Octubre de 2013). Recuperado el 12 de Noviembre de 2014, de BBC © 2014 El contenido de las páginas externas no es responsabilidad de la BBC.: [http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2013/10/130726\\_salud\\_indice\\_paises\\_vejez\\_men](http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2013/10/130726_salud_indice_paises_vejez_men)

Castro, R. (03 de Marzo de 2014). *Psicología médica* . Recuperado el 17 de Diciembre de 2014, de Etapas evolutivas del humano: <http://medicinapsicologica.blogspot.com/2014/03/etapas-evolutivas-del-humano.html>

García. (17 de Octubre de 2013). *Guía de practica clinica sobre el manejo de la depresión en el adulto mayor*. Recuperado el 11 de Mayo de 2015, de Guía de practica clinica sobre el manejo de la depresión en el adulto mayor: <http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/formacion-residentes/residentes-2012-2013/17-oct-residentes-2012.pdf>

García. (21 de Diciembre de 2014). *Psicología de la tercera edad*. Recuperado el 29 de Diciembre de 2014, de Problemas en la tercera edad: <http://psicologamadrid-psicogeriatría.blogspot.com/>

Healthwise. (14 de Noviembre de 2014). *Health Information*. (S. Editorial Mad, Ed.) Recuperado el 11 de Mayo de 2015, de Health Information: <http://www.uwhealth.org/spanishhealth/topic/symptom/ira-hostilidad-y-conducta-violenta/anger.html>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2013). *Ministerio de Educación*. Obtenido de [http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/Indicadores-Educativos\\_Raz%C3%B3n-de-no-asistencia.pdf](http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/Indicadores-Educativos_Raz%C3%B3n-de-no-asistencia.pdf)

Kameyama, L. (15 de Junio de 2010). *El Residente*. Recuperado el 09 de Mayo de 2015, de Valoración geriátrica integral: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102c.pdf>

- Paino, S. (22 de Enero de 2011). *La entrevista psicológica* . Recuperado el 09 de Mayo de 2015, de Definición conceptual y características específicas de la entrevista inicial: <http://www.psicocode.com/resumenes/5evaluacion.pdf>
- Polanco. (09 de Enero de 2015). *Clinica de psicodiagnóstico* . Recuperado el 09 de Mayo de 2015, de Clinica de psicodiagnóstico : [http://psicodiagnostico.mex.tl/103425\\_ETAPAS.html](http://psicodiagnostico.mex.tl/103425_ETAPAS.html)
- Rabadán, & Giménez, A. (2012). *Redalic.org*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/706/70624504006.pdf>
- Rodríguez. (30 de Abril de 2010). *Psicogerontología: la ciencia de la vejez*. Recuperado el 10 de Mayo de 2015, de Psicogerontología: la ciencia de la vejez: [http://gerontologia-vanesa.blogspot.com/2010\\_04\\_01\\_archive.html](http://gerontologia-vanesa.blogspot.com/2010_04_01_archive.html)
- Rodriguez, G., & Ruiz, A. (16 de Noviembre de 2011). *Trastornos somatomorfos*. Recuperado el 10 de Mayo de 2015, de Trastornos somatomorfos: <http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/formacion-residentes/residentes-2011-2012/trastornos-somatomorfos.pdf>
- Tangient, L. (14 de Abril de 2011). *Psicología enfoque*. Recuperado el 26 de Noviembre de 2014, de WIKI: <http://psicoenfoque.wikispaces.com/Terapia+Cognitivo+Conductual>
- Tomas, U. (19 de Noviembre de 2010). *El psicoasesor*. Recuperado el 09 de Mayo de 2015, de El psicoasesor: <http://elpsicoasesor.com/historia-clinica/>
- Villacís, B. (Sabado de Agosto de 2011). *www.ecuadorencifras.com*. Recuperado el Miercoles de Octubre de 2014, de [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec): [http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es)
- Zarebski, G. (30 de Marzo de 2013). *El portal de la psicogerontología*. Recuperado el 10 de Mayo de 2015, de Perspectiva psicogerontológica para una vejez en movimiento: <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo30/zarebski.htm>



### **Citas bibliográficas Base de Datos Uta**

**PRO-QUEST:** Melguizo, E. (2014). Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena: Colombia

**PRO-QUEST:** Linde, J. (2013). Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados: Cali-Colombia.

**PRO-QUEST:** Sánchez, L. (2014). Intervención breve de terapia de aceptación y compromiso en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva: Almería- España

**PRO-QUEST:** Carrascal, S. (2014). Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. Universidad Complutense de Madrid

**PRO-QUEST:** Line, J. (2005). Diferencias en la calidad de vida y estado anímico de pacientes mayores hospitalizados según el género. Editorial Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Facultad de Psicología.

# ANEXOS



**Universidad Técnica de Ambato  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Carrera de Psicología Clínica**



**Nombre**..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**: .....

*Marcar con una cruz las opciones que correspondan*

**Sexo:**

Mujer     Varón

**Educación:**

Primario incompleto     Secundario incompleto     Terciario incompleto  
 Primario completo     Secundario completo     Terciario/universitario completo

**Estado civil:**

Soltero     Divorciado     Viudo/a  
 Casado     Separado     En pareja

**Ocupación:**

..... **Lugar de nacimiento:** ..... **Lugar de residencia actual:** .....

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.**

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.











### Cuestionario de Salud SF-36

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

1.- En general, usted diría que su **salud** es:

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala

2.- ¿Cómo diría que es su **salud actual**, comparada con la de hace un año?

- 1  Mucho mejor ahora que hace un año
- 2  Algo mejor ahora que hace un año
- 3  Más o menos igual que hace un año
- 4  Algo peor ahora que hace un año
- 5  Mucho peor ahora que hace un año

3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada



- 5.- Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?
- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada
- 6.- Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?
- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada
- 7.- Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada
- 8.- Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada
- 9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada
- 10.-Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada
- 11.-Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?
- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

- 12.-Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?
- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada
- 13.-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1  Sí
- 2  No
- 14.-Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- 1  Sí
- 2  No
- 15.-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1  Sí
- 2  No
- 16.-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- 1  Sí
- 2  No
- 17.-Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1  Sí
- 2  No
- 18.-Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1  Sí
- 2  No
- 19.-Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o

nervioso)?

1  Sí

2  No

20.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1  Nada

2  Un poco

3  Regular

4  Bastante

5  Mucho

21.-¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1  No, ninguno

2  Sí, muy poco

3  Sí, un poco

4  Sí, moderado

5  Sí, mucho

6  Sí, muchísimo

22.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1  Nada

2  Un poco

3  Regular

4  Bastante

5  Mucho

23.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de **vitalidad**?

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy **nervioso**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan **bajo de moral** que nada podía animarle?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **calmado y tranquilo**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo **mucha energía**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre

- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **desanimado y triste**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **agotado**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **feliz**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **cansado**?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre

- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

33. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Sólo alguna vez
- 5  Nunca

34. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

35. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

36. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa

24.-Mi salud es excelente.

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa