



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

Soledad y ansiedad en usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto
Mayor. Guano, 2022

Trabajo de Titulación para optar al título de Psicólogo Clínico

AUTOR

Chafra Valverde, Iván Alexander

TUTOR

Mgs. Adriana Salome Polo Ureña.

Riobamba - Ecuador. 2022

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, Iván Alexander Chafla Valverde, con cédula de ciudadanía 0604579680, autor del trabajo de investigación titulado: Soledad y ansiedad en usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor. Guano, 2022, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba 18 de mayo de 2022.



Iván Alexander Chafla Valverde
C.I: 0604579680

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Tutor y Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Soledad y ansiedad en usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor. Guano, 2022, presentado por Iván Alexander Chafra Valverde, con cédula de identidad número 0604579680, certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha asesorado durante el desarrollo, revisado y evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 18 de mayo de 2022.

Dra. Jenny Rocío Tenezaca Sánchez
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

Mgs. Diana Carolina Villagómez Vacacela
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

Mgs. Adriana Salome Polo Ureña
TUTOR



Firma



Iván Alexander Chafra Valverde
C.I: 0604579680

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Soledad y ansiedad en usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor. Guano, 2022, presentado por Iván Alexander Chafía Valverde, con cédula de identidad número 0604579680, bajo la tutoría de Mgs. Adriana Salome Polo Ureña; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba el 18 de mayo de 2022.

Presidente del Tribunal de Grado
Dra. Jenny Rocío Tenezaca Sánchez

Firma

Miembro del Tribunal de Grado
Mgs. Diana Carolina Villagómez Vacacela

Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 15 de mayo del 2022
Oficio N° 120-URKUND-CU-CID-TELETRABAJO-2022

MSc. Ramiro Torres Vizúete
DIRECTOR CARRERA DE PSICOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **MSc. Adriana Salomé Polo Ureña**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 136253837	Soledad y ansiedad en usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor. Guano, 2022	Iván Alexander Chafla Valverde	3	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZÁLEZ

Firmado digitalmente por CARLOS GAFAS GONZÁLEZ
Fecha: 2022.05.15 17:40:41 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

Debido a que la respuesta del análisis de validación del porcentaje de similitud se realiza mediante el empleo de la modalidad de Teletrabajo, una vez que concluya la Emergencia Sanitaria por COVID-19 e inicie el trabajo de forma presencial, se procederá a recoger las firmas de recepción del documento en las Secretarías de Carreras y de Decanato.

DEDICATORIA

A mis padres por ser mi fortaleza en cada peldaño de mi formación profesional, quienes por medio de su dedicación, amor y apoyo incondicional supieron guiarme en mi camino para lograr vencer cualquier obstáculo y llegar a cumplir mis metas.

A mis hermanos por sus palabras de aliento quienes fueron mi motivación para seguir adelante en esta etapa de mi vida. Además, la dedico a mis queridos abuelos que desde el cielo sé que están orgullosos de mí, ellos fueron mi inspiración para la realización de mi proyecto de investigación. Igualmente va dirigida a todas aquellas personas que forman parte de mi vida, quienes no dudaron de mi potencial y me han acompañado en este largo recorrido.

Iván Alexander Chafra Valverde

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por su infinito amor y por todas las bendiciones recibidas siendo mi fuerza espiritual que me permitió culminar mi trabajo de investigación. A toda mi familia quienes siempre estuvieron presentes en cada paso de la realización de mi proyecto, especialmente a mi madre Irma Valverde por ser mi ejemplo de persistencia y superación en la vida impulsándome cada día a seguir adelante, a mi padre José Chafla por su esfuerzo y sacrificio para que no me falte nada y lograr así cumplir mis objetivos, a mis hermanos Javier y Jeniffer por su apoyo incondicional quienes siempre serán mi mayor motivación para seguir alcanzando mis metas.

A la Universidad Nacional de Chimborazo y a los docentes que conforman la carrera de Psicología Clínica que con su vocación y sus valiosos conocimientos me formaron como profesional, siempre serán recordados con mucho aprecio y cariño y así mismo a mi tutora Mgs. Adriana Polo por brindarme sus conocimientos, reflexiones y su guía para la cristalización del presente trabajo de investigación.

Iván Alexander Chafla Valverde

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA.....	2
DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL.....	3
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL.....	4
CERTIFICADO ANTIPLAGIO.....	5
DEDICATORIA.....	6
AGRADECIMIENTO	7
ÍNDICE GENERAL.....	8
ÍNDICE DE TABLAS.....	11
ÍNDICE DE CUADROS	12
RESUMEN.....	13
ABSTRACT	14
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	15
ANTECEDENTES	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACIÓN	19
OBJETIVOS	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos.....	20
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	21
ESTADO DEL ARTE.....	21
ADULTO MAYOR	22
Adulto Mayor Institucionalizado	22
LA SOLEDAD.....	23
Soledad en los Adultos Mayores.....	23
Dimensiones de Soledad	24
Secuelas de la Soledad en La Vejez	25
LA ANSIEDAD.....	26
Ansiedad en el Adulto Mayor	27
Niveles de Ansiedad.....	28
Secuelas de la Ansiedad	28

CAPITULO III. METODOLOGÍA	29
Enfoque de investigación.....	29
Tipo de investigación.....	29
Diseño de investigación.....	29
Nivel de investigación.....	29
Población de estudio y tamaño de muestra.....	30
Población.....	30
Muestra.....	30
Criterios de inclusión:	30
Criterios de exclusión:	30
Variables de estudio.....	30
Hipótesis	32
Hipótesis nula.....	32
Hipótesis alternativa.....	32
Técnicas de recolección de datos.....	32
Técnicas.....	32
Instrumentos.....	32
Ficha de registro de datos.....	32
Escala de Soledad ESTE-R.....	32
Inventario de Ansiedad de Beck.....	33
Métodos de Análisis.....	33
Procesamiento de Datos.....	33
Consideraciones Éticas	34
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
Resultados.....	35
Discusión.....	42
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
Conclusiones.....	44
Recomendaciones:	45
REFERENCIAS	46
ANEXOS	51
Anexo 1: Autorización de la institución	51

Anexo 2: Ficha de registro de datos.....	52
Anexo 3: Prueba de normalidad de datos	53
Anexo 4: Escala de Soledad ESTE-R.....	54
Anexo 5: Inventario de Ansiedad de Beck	56

ÍNDICE DE TABLAS

.Tabla 1.Datos sociodemográficos.....	35
_Tabla 2.Dimensiones de soledad	37
_Tabla 3.Niveles de ansiedad	39
_Tabla 4.Correlación entre dimensiones de soledad y niveles de ansiedad	40

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Operacionalización de variables	31
---	----

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la soledad y la ansiedad en los usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor. La metodología fue de enfoque cuantitativo, documental, bibliográfica, con diseño transversal, no experimental y de nivel descriptivo, correlacional. La población de estudio estuvo comprendida de 45 historias clínicas correspondientes a los usuarios que asisten al centro de Atención Integral al Adulto Mayor. Los reactivos psicológicos utilizados para la recolección de datos fueron: la Escala de soledad ESTER y el Inventario de ansiedad de Beck. Para el análisis estadístico descriptivo y la correlación de las variables, se utilizó el programa SPSS versión 25.0. Los resultados obtenidos indicaron que, la población de estudio presenta un grado alto de soledad en sus dimensiones: crisis existencial (75,5%), soledad familiar (57,8%) y soledad conyugal (55,6%); con respecto a la ansiedad, se revela que el 40,0% de usuarios presentan un nivel moderado de ansiedad y el 6,7% ansiedad severa. Se obtuvo una relación positiva significativa ($p < 0,05$) mediante la prueba de correlación de Spearman entre las dimensiones de soledad y los niveles de ansiedad. Por lo tanto, se concluye que, la población estudiada presenta grados altos de soledad familiar, conyugal, crisis existencial y niveles moderados y severos de ansiedad. Además, se encontró una relación significativa entre las dos variables de estudio. Lo cual indica que, la soledad es un factor predisponente para el aumento de la ansiedad en adultos mayores.

Palabras claves: Adulto Mayor, Soledad Familiar, Soledad Conyugal, Soledad Social, Crisis Existencial, Ansiedad.

ABSTRACT

The main objective of this research was to analyze the loneliness and anxiety in users of the Center of Attention Integral to the Older Adult. The methodology was a quantitative approach, documentary, bibliographical, with a cross-sectional, non-experimental design and a descriptive, correlational level. The study population is comprised of 45 clinical records corresponding to users who attend the Center of Attention Integral to the Older Adult. The psychological reagents used for data collection were: the ESTE-R Loneliness Scale and the Beck Anxiety Inventory. For the descriptive statistical analysis and the correlation of the variables, the SPSS version 25.0 program is used. The results obtained indicated that the study population presents a high degree of loneliness in its dimensions: existential crisis (75.5%), family loneliness (57.8%), and marital loneliness (55.6%); Regarding anxiety, it is revealed that 40.0% of users present a moderate level of stress and 6.7% severe anxiety. A significant positive relationship ($p < 0.05$) is obtained through Spearman's correlation test between the loneliness dimensions and anxiety levels. Therefore, it is concluded that the population studied presents high degrees of family and marital loneliness, existential crisis, and moderate and severe anxiety levels. In addition, a significant relationship is found between the two study variables, which indicates that loneliness is a predisposing factor for increased anxiety in older adults.

Keywords: older adult, family loneliness, marital loneliness, social loneliness, existential crisis, anxiety.



Firmado electrónicamente por:
**ANA ELIZABETH
MALDONADO LEON**

Reviewed by:

Ms.C. Ana Maldonado León

ENGLISH PROFESSOR

C.I.060197598

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

Las personas son seres sociales por naturaleza, buscan la pertenencia de un grupo y relacionarse con otros. Por lo que, una de las experiencias más comunes que los seres humanos llegan a experimentar es la soledad, situación que, puede presentarse durante el transcurso de la vida. Así pues, la soledad es un fenómeno que, surge desde la aparición del hombre y su tendencia a compartir su existencia con sus semejantes. Sin embargo, con el paso del tiempo el término ha sido adaptado desde diferentes enfoques conceptuales según la época y la orientación de su estudio.

Su conceptualización inicia con la aparición de la palabra *oneliness* del diccionario inglés utilizada para expresar un espacio de reflexión con Dios y los pensamientos (Barbado y Gómez, 2015). Pero es en los años cincuenta donde la corriente psicológica muestra mayor interés por el estudio empírico de la soledad gracias a la contribución de varios autores como; Sullivan (1953) quien concibió el concepto como: un sentimiento displacentero debido a la falta de intimidad interpersonal. Por otro lado, Young (1982) explicó que, la soledad es la ausencia de las relaciones sociales satisfactorias y están asociadas a su entorno originando alteraciones en la psique de la persona.

Además, autores como Rubio y Alexandre analizaron la soledad desde una perspectiva multifacética considerando las dimensiones propias del individuo para categorizarlas en: conyugales, sociales, familiares y existenciales, determinando que, la soledad está relacionada inherentemente a los factores biopsicosociales de la persona (Rubio y Alexandre, 1999). Actualmente la soledad es vista como una patología clínica consecuente del estilo moderno de vida, todo individuo la puede presentar independientemente de su género, edad y ciclo vital. Lo que, está asociada a la propia percepción subjetiva y su influencia con el entorno (González y Lima, 2017).

La ansiedad es una emoción primitiva del ser humano que, frente al medio, surge como respuesta de los estímulos externos e internos que el individuo puede percibir. El concepto de ansiedad ha evolucionado durante años por diferentes autores y ha sido abordado desde varias corrientes teóricas. Su interés por el estudio aparece a partir de las primeras décadas del siglo XIX con la corriente psicoanalítica de Freud, quien propone un concepto de ansiedad basado en el ego del individuo que a su vez está siendo amenazado por grandes cantidades de excitación no controlada (Macías et al., 2019).

Por otro lado, según la corriente Conductista, Watson determina a la ansiedad como un término para describir una respuesta condicionada y fisiológica frente al miedo o temor de un estímulo.

Así pues, estas contribuciones dieron la apertura al estudio de la ansiedad de forma experimental tomando en cuenta los componentes fisiológicos y conductuales propios del individuo (Gelfuso et al., 2014).

Actualmente, la ansiedad se ha perfilado como un constructo multidimensional asociado a los comportamientos, pensamientos y síntomas fisiológicos, los cuales según su frecuencia e intensidad determinan los niveles de ansiedad en el individuo. Además, gracias a las investigaciones se ha identificado que la ansiedad llega a tener su origen según los factores biológicos, sociales, psicodinámicos y de aprendizaje (Sarudiansky, 2012).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La soledad en el adulto mayor se ha convertido en una problemática multidimensional en nuestro contexto social. Fenómeno que, se evidencia de manera cotidiana en los hogares, asilos y casas de reposo para personas de la tercera edad. El anciano por su edad avanzada se enfrenta a circunstancias de aislamiento y desamparo a raíz del descuido o negligencia por parte de la familia y la sociedad. Esto provoca en las personas de la tercera edad cambios en sus funciones ejecutivas desencadenando alteraciones cognitivas, conductuales y afectivas. Presentando altos niveles de ansiedad, sentimientos de desesperanza y crisis de angustia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) plantea que, la soledad a nivel mundial representa una prevalencia del 20% en la población de adultos mayores, situación que, genera sentimientos de tristeza, ansiedad y miedo. Además, el duelo, maltrato y el abandono se han convertido en factores causales para el surgimiento de la soledad. Así mismo, Abellán et al. (2017) mencionan que, en España existen 4,7 millones de hogares unipersonales, de los cuales el 22,4% son adultos de la tercera edad que, viven solos en sus hogares. Convirtiéndose en una condición asociada a la edad avanzada, ausencia de la pareja y al descuido familiar.

Por otro lado, en España se encontró que, entre el 10 y 15 % de la población anciana padecen algún grado de ansiedad a consecuencia de la ausencia de redes de apoyo y el aislamiento social. Además, en cuanto a los niveles de ansiedad se detectó que, esta proporción se eleva cuando el adulto mayor es ingresado en una institución de forma permanente o por la falta de compañía familiar (Steptoe et al., 2013).

A nivel de Latinoamérica, en Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2021) determinó que el 41,8% de las viviendas tiene entre sus integrantes al menos a una persona de 60 años en adelante con una situación de soledad y desamparo. Así mismo en Colombia se encontró altos niveles de soledad social y crisis existencial en hombres de la tercera edad, mientras que, en mujeres de la tercera edad se evidenció índices altos de soledad conyugal (Echeverry et al., 2018). Por otro lado, en Colombia se encontró que, el 74% de los adultos mayores no cuentan con recursos económicos, el 40% sufren de ansiedad y al menos 400 ancianos viven en un estado de soledad cada año, lo que demuestra que, no existe el cuidado y apoyo necesario para el bienestar de esta población y, por lo tanto, se convierte en un factor causal para el desarrollo de la soledad (Buitrago et al., 2018).

En el Ecuador según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2009) refiere que, el 11% de adultos mayores viven solos, el 49% en compañía de sus hijos y el 15% con su esposo/a o compañero/a. Por otro lado, en Portoviejo se determinó que, el estado emocional de los ancianos se encuentra alterado ocasionando que, el 98% de la población presenten sentimientos de miedo, soledad y cierto nivel de ansiedad (López y Rodríguez, 2018).

En el cantón Guano, en el Centro de Atención Integral al Adulto Mayor, a través de una entrevista a la Lic. Consuelo Aucancela coordinadora del centro y al psicólogo clínico de la institución se logró conocer la existencia de un elevado índice de adultos mayores que viven en un estado de melancolía y soledad, manifiestan que, esta problemática se observa por la ausencia de visitas tanto de familiares como de amigos, la falta de interacción social de los usuarios con otros miembros y la escasa participación en actividades recreativas. Asimismo, los cuidadores del centro refieren que, la mayoría de ancianos experimentan sentimientos de soledad, desesperanza, debido a la negligencia del familiar, porque en la familia son vistos como una carga económica más no como un miembro que se debe proteger.

Todo lo descrito anteriormente, ha influido en la conducta de los adultos mayores del centro, contribuyendo a la aparición de la ansiedad como: cambios de humor, irritabilidad, cansancio físico y preocupación excesiva, lo cual afecta la calidad de vida del anciano provocando comportamientos inadecuados y conductas de aislamiento.

La soledad en las personas de la tercera edad genera cambios tanto en la conducta, como en las relaciones interpersonales y emocionales. Al sentirse desplazado de su entorno familiar y social, con el tiempo el anciano puede presentar un desequilibrio en su esfera afectiva perdiendo el interés en realizar sus actividades y generándole desolación y angustia. Pues, un adulto mayor que recibe afecto y visitas constantes mantiene mejores estados de salud psicológica que aquellos que se encuentran viviendo solos sin compañía (Palma y Escarabajal, 2021).

Por todo lo argumentado, si la problemática no es atendida a tiempo, es posible que los usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor desarrollen conductas desadaptativas, desencadenando trastornos psicológicos y provocando un deterioro en el estado mental y emocional lo cual puede afectar la psique del individuo, ocasionando un descuido interpersonal, abandono de las actividades de la vida diaria y pérdida del sentido de vida.

En vista de la actual problemática existente en los adultos mayores, se hace necesaria la realización del presente proyecto de investigación en el que se busca dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se manifiesta la soledad y la ansiedad en los usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor?

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es de considerable interés e importancia para la sociedad, porque al existir pocos estudios relacionados con esta problemática se brinda información actualizada sobre el grado de soledad y los niveles de ansiedad en el adulto mayor del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor del cantón Guano.

Los beneficiarios directos de esta investigación serán los adultos mayores y sus familiares porque, al concientizar las posibles consecuencias y las repercusiones de la soledad y la ansiedad en el adulto mayor se contribuirá con información para la posterior creación de programas de prevención. Los beneficiarios indirectos serán los cuidadores y trabajadores del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor del cantón Guano ya que contarán con diferentes estrategias y técnicas que promoverá el mejoramiento del estado emocional de las personas de la tercera edad.

La presente investigación resulta factible en razón de que se cuenta con la autorización de la Dra. Flor del Rocío Rojas directora del MIES de Chimborazo quien proporcionó el acceso al centro, además se cuenta con la predisposición de la coordinadora del centro, la trabajadora social y el psicólogo clínico. Por otro lado, se contó con recursos bibliográficos para ampliar el área de conocimientos y obtener la información requerida. Y se espera que el presente estudio sea de utilidad para futuras investigaciones en la Universidad Nacional de Chimborazo.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la soledad y la ansiedad en usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor, Guano, 2022

Objetivos específicos

- Determinar el grado de soledad en sus dimensiones familiar, conyugal, social y crisis existencial en usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor.
- Identificar los niveles de ansiedad en usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor.
- Relacionar la soledad y la ansiedad en usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

ESTADO DEL ARTE

A continuación, se describe las investigaciones consideradas relevantes para el estudio:

En un estudio realizado en México, a 1081 adultos mayores de 60 años de edad, analizaron la soledad y su relación con la calidad de vida. Como resultados se obtuvieron que, el 22% refieren sentirse solos, el 29% presentó ansiedad moderada y severa, el 31,2% evidenció depresión moderada y severa, el 10,9% denotó dependencia y el 24, 5% pertenecían a familias disfuncionales. En conclusión, se determinó que, existe una relación significativa entre la soledad y la calidad de vida, puesto que, el sentimiento de soledad influye directamente en el bienestar emocional, físico y las expectativas de vida del adulto mayor (Velasco et al., 2017).

Por otra parte, en la investigación realizada sobre la soledad social en ancianos hospitalizados en Cuba, se identificó los niveles de soledad social en los adultos mayores hospitalizados. En la investigación participaron un total de 2012 personas de la tercera edad de 60 a 90 años que vivían en compañía y no padecían de demencia, confusión mental ni enfermedades graves. Como resultado se obtuvo que, el 41,5% presenta sentimientos de soledad social, asociado a la insuficiente participación de su entorno. Además, el 24,5% disponían de apoyo social mientras que el 75,5% no contaban con un apoyo social adecuado. En conclusión, se identificó que, la soledad social aumenta según el nivel de apoyo social que posea el adulto mayor (Hernández et al., 2020).

En el Centro Integral Adulto Mayor Municipalidad de Mariano Melgar en Perú se determinaron los niveles de soledad de 80 adultos mayores de 60 años en adelante. Los resultados obtenidos fueron que, el nivel de soledad conyugal es de 66%, el nivel de soledad social es de 58% y el nivel de crisis existencial es de 49% y en general el nivel de soledad del adulto mayor es de un 70%. En conclusión, el nivel de soledad predominante en los adultos mayores fue la soledad conyugal puesto que, la pérdida de la pareja es un factor para la aparición de problemas como el aislamiento social y la soledad (Flores y Ramos, 2021).

Finalmente, en el estudio realizado en Loja en una institución geriátrica se encontró la relación de la soledad y el estado emocional en 35 personas de la tercera edad de 65 hasta los 90 años de edad. Los resultados obtenidos fueron que, el 70% de la muestra expresa sentirse solos todo el tiempo. En cuanto al estado emocional se identifica que, el 45% de la población presenta una depresión moderada y el 40% con una depresión leve. Por otro lado, no existe sintomatología ansiosa y estresante. En conclusión, mientras mayor sea el tiempo de estancia de las personas de la tercera edad en un centro geriátrico, habrá una mayor percepción de la soledad. Además, se determinó que, los sentimientos de soledad influyen en el estado depresivo del adulto mayor predominando en la población femenina debido a la mayor expectativa de vida (Valarezo et al., 2020).

ADULTO MAYOR

El adulto mayor es todo individuo de edad avanzada que atraviesa la última etapa del ciclo vital, presentando una disminución natural de las funciones físicas y mentales propias del envejecimiento (Espinoza, 2016). Según Camargo y Chavarro (2020) define que, el adulto mayor es toda persona que, sobrepasa los 60 años de edad, atraviesa cambios naturales y afronta retos según el medio en el que se desenvuelva. Así pues, se utiliza el término adulto mayor para designar a toda persona sea hombre o mujer que, se encuentra atravesando un deterioro biológico, y la disminución de las capacidades cognitivo y social propio de la edad.

Además, continuando con la misma línea de estudio el adulto mayor según su edad posee varias clasificaciones como las que menciona, Rubio et al. (2015) quienes mencionan que, existen tres tipos de adultos mayores categorizándolos en: viejo joven, quienes están entre los 60 y 74 años presentándose como participativos y vigorosos en sus actividades: el viejo viejo son quienes están entre los 75 a 84 años son aquellos que, presentan dificultades para su movilidad o alteraciones en sus funciones cognitivas y finalmente el viejo de edad avanzada esta entre los 85 años en adelante, comprende la cuarta edad por lo que, la persona refleja un estado ya deteriorado en su aspecto físico y mental.

Papalia y Martorell (2017) mencionan que, el adulto mayor se caracteriza por presentar cambios físicos, conductuales y cognitivos tales como: a nivel físico se presenta una disminución en la capacidad visual, auditiva, la aparición de arrugas en la piel, la pérdida muscular de la fuerza. A nivel conductual se presenta mayor lentitud en la capacidad psicomotriz, pérdida de interés en actividades que eran placenteras. Y a nivel cognitivo se refleja una disminución en el razonamiento, comprensión verbal y un deterioro en el procesamiento de la información. Todo ello puede suponer un riesgo para la salud del anciano (Sequeira, 2012).

En cuanto a los cambios sociales, Papalia y Martorell (2017) determinan que, el adulto mayor atraviesa una transición de rol social a uno individual, como la aceptación de la realidad frente a la muerte. Sin embargo, otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia, premisa que comparte Espinoza (2016) quien define a la ancianidad como una etapa caracterizada por las pérdidas afectivas dadas por la muerte de un cónyuge o un amigo.

Adulto Mayor Institucionalizado

Los adultos mayores institucionalizados son aquellas personas de la tercera edad que viven confinadas a los centros geriátricos o en residencias especializadas para ancianos. Estas instituciones son de gestión pública y privada administrados por el estado municipal, provincial o de forma particular. Por lo tanto, la institucionalización se presenta como una alternativa a las necesidades y demandas que surgen en la cotidianidad del sujeto a partir de su entrada en la vejez y a los cambios biopsicosociales que esta etapa de la vida trae consigo (Echeverry et al., 2018).

De la misma forma Guevara (2016) afirma que, la principal causa de la institucionalización es la falta de compañía o cualquier tipo de red familiar o social que, permita mejorar las necesidades de atención y cuidado para las personas de la tercera edad. Por lo que, todo anciano institucionalizado ha tenido que dejar su ambiente de pertenencia para internarse en un entorno regulado, normado y en muchos casos impersonal, expuesto a realizar un sobreesfuerzo de adaptación.

En el Ecuador según el INEC (2009) refiere que, el adulto mayor institucionalizado es la persona que, ha sido abandonado por parte del núcleo familiar o por las propias políticas del estado, situación que, desvaloriza el bienestar y la calidad de vida de este grupo vulnerable ya que, probablemente presentaran carencias en sus necesidades y atenciones como, el aseo, alimentación, movilización, administración de medicamentos, etc.

LA SOLEDAD

Moreno (2014) define a la soledad como: una manifestación natural propia del ser humano, es un sentimiento que surge en ciertos momentos de la vida y afecta a cualquier persona, independientemente de su género, edad u otra característica sociodemográfica. Así mismo, Pinazo y Bellegarde (2018) describen a la soledad como, la percepción del individuo a sentirse excluido o no lograr una integración con el entorno que lo rodea. Además, refieren que, la soledad desencadena malestares psíquicos y emocionales, porque la persona se siente rechazada y percibe una falta total de apoyo para realizar actividades reconfortantes y recreativas.

La Organización Panamericana de la salud (OPS, 2012) explica que, la soledad es un sentimiento intenso de sentirse aislado por todo aquello que lo rodea. Es decir, la persona lo califica como una sensación de aislamiento, melancolía y falta de identificación con los demás. De igual manera, para López y Díaz (2018) la soledad es un fenómeno biopsicosocial caracterizado por la falta de interacción con el medio social, el escaso nivel de contacto con otras personas y la desilusión de no tener la intimidad deseada en las relaciones sociales.

Yanguas et al. (2018) definen a la soledad como un dolor social que puede ser comparado al dolor físico, este sentimiento surge como una forma de proteger al individuo del peligro y mantenerse aislado. Es un modo de manifestar una mayor atención a la importancia de establecer redes sociales, de potenciar el contacto con otros y de renovar aquellos vínculos que previamente se perdieron. Por otro lado, la soledad se refiere a la respuesta psicológica negativa a una disconformidad entre la interacción social deseada con relaciones sociales reales (Flores y Garay, 2021).

Soledad en los Adultos Mayores

La soledad en los adultos mayores se define como, una experiencia negativa o de ausencia a un adecuado cuidado de la salud física, psicológica y psicosocial. El estado de soledad se relaciona con la edad debido a que situaciones como:

La viudez, el duelo, el abandono social, enfermedades físicas, etc. Esto afecta la estabilidad y bienestar emocional, más aún si el individuo no cuenta con herramientas para poder superarlas (Palma y Escarabajal, 2021).

Por otro lado, Viedma del Jesús (2017) sostiene que, la causa de la soledad en el adulto mayor se debe a los cambios propios de la edad como son: las enfermedades físicas, las caídas, alteraciones del sueño, etc. Sin embargo, a nivel social la soledad se puede manifestar por: la disminución de su círculo social, la falta de vínculos familiares. Y de igual manera Garcés (2022) menciona que, la soledad es producida por diferentes factores como el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables.

Según Barrio et al. (2010) la soledad en los adultos mayores se debe a las crisis asociadas a su entorno situacional como son: las crisis de identidad, la pérdida del cónyuge y la disminución de su entorno social. Puesto que, el anciano posee débiles herramientas de afrontamiento asociadas a la pérdida del funcionamiento del organismo influyendo en las actividades de la vida diaria y la pérdida de los roles dentro de la sociedad o el grupo que pertenece, entre las cuales se puede nombrar, su profesión, las capacidades físicas o la identidad frente a la sociedad.

Dimensiones de Soledad

Rubio (1999) considera a la soledad como parte de varios factores relacionados según la perspectiva del individuo en torno al desarrollo familiar, conyugal, social y crisis existencial, por lo que, divide a la soledad en dimensiones siendo estas las siguientes: la soledad familiar, se produce cuando existe un escaso apoyo familiar o cuando el anciano no percibe expresiones afectivas ni de cariño. Esta dimensión de la soledad puede presentarse tanto si los adultos mayores tienen una familia como si no la tienen, por ende, la valoración sobre ella es negativa (Rubio et al., 2015).

La soledad conyugal se presenta cuando hay una ausencia de sentimientos de amor, cariño respeto en la pareja, ya sea porque la relación es conflictiva donde no existe una adecuada comunicación y apoyo o porque se produjo la muerte del cónyuge. Este último hecho, se convierte en un momento vital de suma importancia en la etapa final de la vida del adulto mayor, debido al malestar emocional y a la falta de dificultad de continuar la vida sin la presencia del ser amado, esto perjudica su bienestar psicológico y conlleva a experimentar emociones negativas (Rubio, 1999).

La soledad social se evidencia cuando existen carencias en las relaciones sociales del adulto mayor. Por lo general se puede producir un retraimiento del individuo debido a las valoraciones negativas que realizan hacia los demás (Scarimbolo, 2016). Finalmente, la crisis existencial se refiere a, la autopercepción del anciano hacia su insatisfacción con la vida, y hacia la pérdida de un sentido de vida, sintiendo que, no existe una motivación que incentive a la persona a seguir viviendo. Sucede con mayor frecuencia especialmente en las situaciones de duelo, pérdida de autonomía y/o enfermedades físicas o mentales (Rubio et al., 2015).

Por otro lado, López y Díaz (2018) refieren que, la soledad se estudia según la propia percepción subjetiva del sujeto por lo que, la clasifica en: soledad asentada, que es un estado interno que ha permanecido la mayor parte del tiempo con el anciano y que está influenciada por rasgos de personalidad, patrones de comportamiento y las relaciones personales que aparecen a lo largo de la vida. En cuanto a la soledad de inicio tardío aparece como una respuesta negativa ante la muerte de un familiar o de la pareja; y por último, la soledad en descenso, es la disminución de los niveles altos de soledad en comparación con los años de edades anteriores (Garcés, 2022).

Siguiendo la misma línea de estudio Echeverry et al. (2018) encontró que, la soledad puede ser analizada por cuatro tipos: soledad familiar: está definida como la carencia del apoyo familiar, la falta de afecto, comprensión entre otros miembros y la falta de vínculos afectivos con la pareja, hijos, nietos, entre otros. Soledad conyugal: es la muerte y separación de la pareja, que se produce por: el divorcio o separación con el grupo social al que pertenece, limitando su contacto con entornos similares al suyo. Crisis existencial: se conceptualiza como la autopercepción del sujeto hacia sí mismo, la vulnerabilidad psicológica que se relaciona con el deterioro físico y del procesamiento de la información.

Secuelas de la Soledad en La Vejez

La soledad afecta a todo individuo sin importar la edad y mucho más en la vejez. Etapa de la vida dónde se expone a un mayor grado de soledad debido a varios factores causales propios de la vida tanto a nivel físico, cognitivo y emocional. A nivel físico: alteraciones del sueño, hipertensión, incorrecta alimentación, obesidad, mortalidad y aumento de la resistencia vascular. A nivel psicológico la soledad se asocia con trastornos psicológicos como: depresión, intranquilidad, riesgo suicida, intranquilidad, conductas agresivas, angustia, ansiedad, deterioro cognitivo y estrés.

Finalmente, a nivel social, la presencia de soledad en el adulto mayor ocasiona un déficit en las relaciones sociales con amigos y familiares, ocasionando un retraimiento social reflejando conductas como: la pobre interacción social, aislamiento y dificultades en la comunicación (Alves, 2013).

De la misma forma según Palma y Escarabajal (2021) mencionan que, una de las secuelas más notables que, produce la soledad en la vejez es menoscabar el estilo de vida del adulto mayor aumentando significativamente el riesgo de muerte y en cuanto al estado emocional. López (2018) menciona que, la soledad ocasiona en las personas de la tercera edad la aparición de sintomatología depresiva como: sentimientos de tristeza, apatía, llanto fácil. Además, es frecuente la aparición de síntomas de ansiedad como: la pérdida de la atención, irritabilidad, fatigabilidad, etc.

Por otro lado, Sequeira (2012) afirma que, la soledad en el adulto mayor se asocia con la esfera volitiva del individuo generando alteraciones en el comportamiento como:

Inadecuados hábitos en la higiene, en la toma de decisiones es así que, la soledad influye en el anciano creando una falta de voluntad para interactuar con su entorno y relacionarse.

LA ANSIEDAD

Clark y Beck (2012) definen a la ansiedad como una emoción de respuesta frente a una situación de amenaza, es un sistema complejo que, se manifiesta a nivel conductual, fisiológico, afectivo y cognitivo. Se activa cuando se presentan eventos o situaciones donde el individuo las interpreta como aversivos e incontrolables. Así mismo, la ansiedad representa un estado emocional propio del ser humano caracterizado por pensamientos catastróficos tanto subjetivos como objetivos los mismos que, son derivados en la función del sistema no adrenérgico, que puede desencadenarse ante una amenaza potencial, real o imaginaria, hacia la integridad física o psíquica del individuo (Scarimbolo, 2016).

En cambio, para Andreo et al. (2020) la ansiedad es un fenómeno natural en la vida del ser humano. Se caracteriza por la intranquilidad, insomnio y tensión muscular, es un suceso universal que, todo ser humano atravesará no importa la edad o la etapa de desarrollo, el individuo puede manifestarla. Sin embargo, la ansiedad se convierte en un trastorno clínico cuando los síntomas son constantes y con mayor frecuencia, incluso después de que la causa de la ansiedad se ha solucionado, llegando a perturbar la rutina y el bienestar del individuo.

Siguiendo en la misma línea de estudio, Gutiérrez (2018) menciona que la ansiedad es un sistema de alerta el mismo que, se activa para advertir amenazas lo cual genera una marcada activación del organismo. Reacción que sirve como salida o lucha frente a los eventos amenazantes. Así mismo, Herrera et al. (2021) mencionan que, la actividad fisiológica de la ansiedad se manifiesta en los procesos mentales del individuo, produciéndose alteraciones cognitivas: un mayor número de distracciones, cambios de humor, irritabilidad e inseguridad, etc.

Según Carreira y Facal (2017) los síntomas de la ansiedad se clasifican en: fisiológicos, subjetivo o emocionales y conductuales. Los síntomas fisiológicos están relacionados con las características visibles y palpables del individuo, tales como: la sudoración, la falta de apetito, náuseas, sensación de cólicos, acrecentamiento del ritmo cardíaco, tensión muscular, etc.

Los síntomas subjetivos o reconocidos como emocionales hacen referencia al aspecto intrínseco en el sujeto, sensaciones y emociones como la irritabilidad, el miedo, el sentimiento de inferioridad, falta de habilidades sociales, entre otras. Y los síntomas conductuales son manifestaciones observables en la persona, comportamientos como el aislamiento, agotamiento, vocalizaciones repetidas, inquietud motora, etc.

Siguiendo la línea de estudio la OMS (2000) menciona que, el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por presentarse de forma prolongada durante al menos seis meses, acompañada por una sintomatología de:

Preocupación excesiva sobre futuros sucesos o actividades que concurren de forma prolongada. Además, el sujeto tiene dificultades para controlar su preocupación, dando lugar a síntomas vegetativos como: fatiga, dificultad para lograr el sueño, taquicardia y tensión muscular. Estas manifestaciones ocasionan molestias en el diario vivir del sujeto deteriorando las habilidades sociales creando un bajo desempeño laboral u otras situaciones significativas.

Ansiedad en el Adulto Mayor

La ansiedad en el adulto mayor puede encubrirse en distintas somatizaciones o a su vez puede estar relacionada con síntomas afectivos, siendo estos últimos los más importantes para el análisis clínico. Cuando la condición emotiva no permite la adaptación al medio es considerada como patológica, es decir que el individuo no puede realizar tareas diarias con normalidad, dando lugar a sentimientos de duda y desvalorización personal (Clark y Beck, 2012).

El nivel de ansiedad en las personas de la tercera edad puede variar, desde un estado de intranquilidad hasta provocar miedo y pánico. El avance del trastorno es progresivo y le priva a la persona la capacidad para desarrollar mecanismos de adaptación, por lo que, cuando el adulto mayor se encuentra en una situación desfavorable que incurre en su vida disminuye la activación de respuestas reflejo que ayudan al cuerpo alejarse y obtener otra perspectiva del hecho (Arroyo y Soto, 2013).

Tomando en cuenta que, la ansiedad está definida como una reacción emocional ante escenarios desfavorables, en la vejez la ansiedad se encuentra relacionada por tres componentes los cuales son: cognitivo, fisiológico y las funciones ejecutivas. En dichos factores, la postura del sujeto ante estímulos internos y externos es lo que causa la reacción catastrófica de angustia.

Por otro lado, la reacción frente a la ansiedad determina las alteraciones emocionales y físicas que puede desatar el adulto mayor es común que las situaciones económicas desaten conductas de preocupación y estrés. También las dificultades que ocurran en el entorno familiar ocasionan una fatiga física y mental en el adulto mayor deteriorando la funcionalidad en sus actividades y su salud (Sarundiansky, 2012).

Así pues, Gutiérrez (2018) conceptualiza que, la ansiedad en el adulto mayor es una mezcla de los síntomas cognitivos y fisiológicos, que se manifiesta como una respuesta sobresaltada del individuo para encontrar una solución ante una amenaza. Además, los síntomas principales que se observan en la vejez son los pensamientos catastróficos, agitación e intranquilidad (Carreira y Facal, 2017).

Esta conceptualización concuerda con Andreo et al. (2020) quien describió la ansiedad de las personas de la tercera edad como un estado transitorio y variable vivenciada por la persona para asimilar una fase emocional. Es considerada patológica en situaciones particulares, cuando existe una activación autonómica, somática o alguna visión consecuenta de la tensión subjetiva de los hechos que transcurren en el anciano.

Niveles de Ansiedad

Según Díaz y Rangel (2019) la ansiedad se valora en tres niveles clasificados por su duración y persistencia sintomatológica: la ansiedad leve: es un nivel donde la persona se encuentra en un estado de alerta, es capaz de dar solución a problemas y enfrentar situaciones que se le presente a diario, se presentan reacciones físicas como: insomnio, debilitamiento y una sensación de malestar. La ansiedad moderada: es el nivel que se caracteriza por un aumento en la desconcentración o dificultad para prestar atención y percepción, provocando en ella el aumento del ritmo cardíaco, sensaciones de ahogo y estremecimiento de las extremidades.

Además, puede presentar preocupación perdida fácil del control, falta de habilidades sociales, inseguridad, etc. La ansiedad grave: es el nivel que denota dificultades altas para concentrarse, así como síntomas físicos que se ven empeorados por factores mentales o trastornos psicosomáticos. Es decir que, el individuo experimenta síntomas como taquicardia, náuseas, dolores frecuentes de cabeza, hipertensión, indigestión y trastornos sexuales (Clark y Beck, 2012).

Por otro lado, Scarimbolo (2016) menciona que, existen 3 niveles de ansiedad: ansiedad leve, se relaciona con las preocupaciones cotidianas; la persona puede desarrollar un estado de peligro aumentando su campo de percepción hacia su entorno. En este nivel se puede atenuar el aprendizaje y la creatividad. Ansiedad moderada, se caracteriza porque, la persona se centra en situaciones inmediatas disminuyendo su capacidad perceptiva de la realidad, debido a que la persona bloquea determinadas áreas. Ansiedad grave, se asocia a una reducción grave de la percepción real del sujeto, debido a que, se centra en detalles específicos dejando a un lado los demás (Gutiérrez, 2018).

Secuelas de la Ansiedad

Según Clark y Beck (2012) la reducción de la calidad de vida, problemas sociales y laborales, son desencadenados por un trastorno de ansiedad o por síntomas ansiosos. Podrían darse complicaciones como la depresión dependiendo del nivel de ansiedad que presente el sujeto, provocándose decaimiento, tristeza, e incluso la reducción de las capacidades cognitivas y emocionales. Generalmente, los trastornos psicosomáticos no presentan una causa exacta. Sin embargo, se manifiesta con cefaleas, mareos, sudoración, entre otros. Otra problemática es que los individuos con ansiedad pueden refugiarse en el consumo de sustancias, llegando a creer en ellas como solución o para desconectarse de la realidad.

Las manifestaciones de ansiedad son habituales entre los adultos mayores y pueden ser perjudiciales para la calidad de vida, por ello, son considerados como un problema clínico serio. Existe un número significativo de consecuencias negativas, tales como: sensación disminuida de bienestar, insatisfacción y mayor exposición a enfermedad coronaria en hombres y una utilización reiterada y excesiva de los servicios de salud (Arroyo y Soto, 2013).

CAPITULO III. METODOLOGÍA

Enfoque de investigación

La investigación es de enfoque cuantitativo, se realizó a través de la medicación de las variables de estudio que fueron cuantificadas mediante la recolección de reactivos psicológicos y datos sociodemográficos, que reposan en el departamento de psicología clínica del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor. Los cuales fueron procesados mediante el método estadístico para su análisis e interpretación.

Tipo de investigación

Es documental, pues la investigación se realizó mediante la recolección de datos de los expedientes clínicos de los usuarios que reposan en el departamento de psicología clínica del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor, donde se extrajeron los datos sociodemográficos y los resultados de los reactivos psicológicos de la escala de soledad ESTE-R y el inventario de ansiedad de Beck que, previamente fueron aplicados por el psicólogo clínico del centro. Datos que fueron recogidos mediante una ficha de registro.

Además, el estudio es de tipo bibliográfico debido a que, se obtuvo información de libros digitales, artículos científicos, sitios web, e investigaciones de posgrado referente a la soledad y la ansiedad en la adultes mayor que, aportaron información actualizada a la sustentación científica de las variables de estudio y en la construcción del marco teórico del presente proyecto.

Diseño de investigación

En cuanto al diseño de la investigación es transversal, se realizó durante el período académico noviembre 2021-abril 2022, porque la fundamentación teórica y el análisis de los resultados se realizaron en un tiempo determinado. También es de diseño no experimental pues no se manipularon de forma intencional las variables de estudio.

Nivel de investigación

La presente investigación es descriptiva pues se conceptualizaron y describieron las variables en la población de estudio. Se analizó las dimensiones de soledad y los niveles de ansiedad en base a la información recopilada de diversos autores y los reactivos psicológicos para obtener datos estadísticos y su posterior análisis.

También es de tipo correlacional porque se estableció la relación entre las dimensiones de soledad con los niveles de ansiedad en los usuarios del centro de atención integral al adulto mayor del cantón Guano a través de la aplicación de la prueba estadística no paramétrica de Spearman.

Población de estudio y tamaño de muestra

Población

Se trabajó con la población total del “Centro de Atención Integral al Adulto Mayor” la cual, se conformó por 45 expedientes clínicos de adultos mayores pertenecientes al cantón Guano. Está compuesta por 19 expedientes de mujeres y 26 expedientes de hombres con un rango de edad de 65 a 90 años, 43 son de nacionalidad ecuatoriana y 2 de nacionalidad venezolana.

Muestra

No fue necesario realizar un muestreo porque la población de estudio es pequeña y, por ende, se utilizó la totalidad de expedientes clínicos de los usuarios que asisten al centro.

A continuación, se consideró los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Expedientes de adultos mayores que se encuentran registrados en la institución.
- Expedientes de adultos mayores que contengan los reactivos psicológicos completos.

Criterios de exclusión:

- Expedientes de adultos mayores que no cuentan con la autorización en el consentimiento informado.
- Expedientes de adultos mayores con deterioro cognitivo, demencia senil u otra alteración funcional que, impidiese la evaluación o el empleo de los instrumentos psicológicos.

Variables de estudio

- **Variable independiente:** Soledad
- **Variable dependiente:** Ansiedad

Cuadro 1. Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Categoría	Indicadores	Técnicas o instrumentos
Independiente Soledad	Fenómeno multidimensional psicológico potencialmente peligroso; Resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto en la salud psicológica y física de la persona (Palma y Escarabajal, 2021).	Dimensiones de soledad	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad familiar • Soledad conyugal • Soledad social • Crisis existencial 	Reactivo psicológico Escala de soledad ESTE-R
Dependiente Ansiedad	Respuesta emocional normal o adaptativa del individuo frente a una crisis o situación cotidiana. Provoca la aparición de sintomatología fisiológica y cognitiva. Designándose por niveles según la situación del individuo (Macías et al., 2019).	Niveles de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad Baja • Ansiedad Moderada • Ansiedad Severa 	Reactivo psicológico Inventario de ansiedad de Beck

Hipótesis

Con base a todo lo considerado anteriormente, se postuló la siguiente hipótesis que se examina en el presente proyecto de investigación

- **Hipótesis nula** (Ho): No existe relación entre las dimensiones de soledad y niveles de ansiedad.
- **Hipótesis alternativa** (Hi): Existe relación entre las dimensiones de soledad y niveles de ansiedad.

Técnicas de recolección de datos

Técnicas

En la investigación se utilizó la técnica de análisis documental, por lo que, se obtuvo la información a través de la revisión de los expedientes clínicos de los usuarios que reposan en el departamento de psicología clínica de la institución. Este proceso se efectuó gracias a la apertura de la coordinadora del centro y el apoyo del psicólogo clínico. De esta manera se llegó a obtener los resultados de las escalas ESTE-R y BECK, y los datos sociodemográficos. Todos los datos obtenidos permitieron cuantificar el grado de soledad y los niveles de ansiedad que presentan los usuarios del centro de atención integral al adulto mayor Guano.

Instrumentos

Para la realización de este proyecto de investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

Ficha de registro de datos

Instrumento que, se utilizó para la recopilación de datos de los expedientes clínicos de cada usuario del centro. Así como datos de identificación y sobre todo los resultados de los reactivos psicológicos de las escalas ESTE-R y BECK (ver anexo2).

Escala de Soledad ESTE-R

La escala de soledad ESTE-R fue diseñada por Rubio y Alexandre en 1999, validado por la Universidad de Granada en el 2009, tiene como objetivo medir la soledad en los adultos mayores. Las dimensiones de soledad que evalúa son: soledad familiar, soledad conyugal, soledad social y crisis existencial. Se compone de 34 ítems y cada uno tiene 5 opciones de respuesta tipo Likert cuya puntuación oscila entre 1 y 5 (1 punto = nunca, 2 puntos = rara vez, 3 puntos = alguna vez, 4 puntos = a menudo y 5 puntos = siempre).

La calificación e interpretación está basado en los siguientes puntos de corte: soledad familiar (14 a 32 puntos = soledad familiar baja; 33 a 51 puntos = soledad familiar media; y 52 a 70 puntos = soledad familiar alta); soledad conyugal (5 a 11 puntos = soledad conyugal baja; 12 a 18 puntos = soledad conyugal media; 19 a 25 puntos = soledad conyugal alta); Soledad social

(7 a 16 puntos = soledad social baja; 17 a 26 puntos = soledad social media; y 27 a 35 puntos = soledad social alta); y crisis existencial (de 9 a 20 puntos = crisis existencial baja; 21 a 33 puntos = crisis existencial media; 36 a 45 puntos = crisis existencial alta). En cuanto a la fiabilidad presenta una consistencia interna alfa de Cronbach de 0,91, lo que indica que es una escala válida y confiable (Cerquera et al., 2013).

Inventario de Ansiedad de Beck

El inventario de ansiedad de Beck (BAI) fue creado por Aaron. Beck, Norman Epstein, Gary Brown y Robert Steer en 1988. Es un instrumento de tipo Likert diseñado para valorar los síntomas de ansiedad y su gravedad debe ser aplicado durante la última semana. Es una escala que consta de 21 ítems y cada uno tiene tres opciones de respuesta cuya puntuación oscila entre 0 y 3 puntos (0=en absoluto, 1=levemente, 2=moderadamente, 3=severamente).

La calificación e interpretación está basada en los siguientes puntos de corte 0-21 ansiedad muy baja, 22-35 ansiedad moderada, más de 36-ansiedad severa. Su aplicación puede ser a población clínica y no clínica, en adultos. En cuanto a la fiabilidad presenta una consistencia interna alfa de Cronbach de 0,90 y una validez convergente mayor a 0,63 (Díaz y Rangel, 2019).

Métodos de Análisis

En el proyecto de investigación se utilizaron métodos empíricos, teóricos y estadísticos. Entre los métodos empíricos se obtuvo información mediante la medición de las variables de soledad y ansiedad con la revisión de los expedientes clínicos de los usuarios. También se aplicaron el método teórico para el análisis de conceptos, teorías y diferentes elementos de cada variable, además, se realizó la síntesis de los resultados y se plantearon las conclusiones.

Se utilizó el método estadístico para el procesamiento de datos cuantitativos que fueron recogidos de los expedientes clínicos y posteriormente se procesaron en el programa computacional state package for social sciences (SPSS) versión 25.0 que, permitió la creación de tablas con frecuencia y porcentajes.

Procesamiento de Datos

Luego del análisis de los expedientes clínicos que, reposan en el departamento de psicología clínica del centro, se prosiguió con el procesamiento e interpretación de resultados, por lo tanto, se utilizó el programa Microsoft Excel para la creación de una base de datos y posteriormente la información obtenida fue procesada mediante el programa State Package for Social Sciences (SPSS) versión 25.0, con la finalidad de realizar el análisis estadístico pertinente y la creación de tablas de frecuencia y porcentaje.

Además, para establecer la correlación estadística entre las variables planteadas, se realizó la prueba de bondad de Shapiro Will para contrastar la hipótesis de normalidad, encontrándose una significancia en las variables ($p < 0,01$), por lo cual, se decidió el uso de pruebas no paramétricas

o de libre distribución. Así pues, se optó por la utilización del modelo de correlación de Spearman el cual permitió establecer una correlación cuantitativa entre las variables de soledad y ansiedad (ver anexo 3).

Consideraciones Éticas

El presente estudio cumplió con el principio de confidencialidad y anonimato para lo cual, se resguardo la privacidad de la información obtenida de los expedientes clínicos pertenecientes a los usuarios del centro. Los datos obtenidos fueron utilizados únicamente con fines investigativos, académicos, evitando el uso mal intencionado de la información.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados

A continuación, se presentan los datos sociodemográficos de los usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor.

Tabla 1

Datos sociodemográficos

Variables	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	26	57,8%
	Femenino	19	42,2%
	Total	45	100%
Edad	65 – 75	22	48,7%
	75 – 80	17	32,6%
	80 - 90	8	17,5%
	Total	45	100%
Nacionalidad	Ecuatoriana	43	95,6%
	Venezolana	2	4,4%
	Total	45	100%
Estado civil	Soltero/a	15	33,3%
	Viudo/a	14	31,1%
	Separado/a	12	26,7%
	Casado/a	4	8,9%
	Total	45	100%
Motivo de ingreso	Abandono familiar	29	64,5%
	Violencia	10	22,2%
	Indigencia	6	13,3%
	Total	45	100%

Nota: Datos sociodemográficos tomados de los expedientes clínicos de los usuarios del centro de atención integral al adulto mayor Guano.

Análisis e Interpretación

De acuerdo a los resultados de la tabla 1 los datos sociodemográficos reflejan que, el 57,8% de la población está representada por el sexo masculino y el 42,2% por el sexo femenino. Por tanto, en la investigación se evidencia que existen más personas de sexo masculino que femenino, lo que, permite inferir la predisposición del género masculino en dicho estudio.

En relación a la edad, el 48,7% se encuentra en un rango de 65 a 75 años, el 32,6% de la población se encuentra en un rango de 75 a 80 años y el 17,5% se encuentra en un rango de edad de 80 a 90 años. Por ende, en la población se puede evidenciar que existe un porcentaje significativo de adultos mayores con edades comprendidas entre 65 a 75 años. En cuanto a la nacionalidad, el 95,6% pertenece a Ecuador y el 4,4% a Venezuela. De acuerdo al estado civil se encontró que, el 33,3% son solteros, el 31,1% son viudos, el 26,7% están separados y el 8,9% están casados.

Por lo tanto, se identifica que, en la población existe un valor significativo de adultos mayores solteros. En lo concerniente a la situación de motivo de ingreso se encontró que, el 64,5% se da por abandono familiar, el 22,2% por violencia y el 13,3% se debe a indigencia. En base a lo anterior se encontró que, el motivo de ingreso que predomina los adultos mayores es el abandono familiar.

En base al primer objetivo específico de la investigación que busca determinar el grado de las dimensiones de soledad en los usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor del cantón Guano, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 2*Dimensiones de soledad*

GRADOS DE SOLEDAD	DIMENSIONES DE SOLEDAD							
	Soledad familiar		Soledad conyugal		Soledad social		Crisis existencial	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	4	8,9%	6	13,3%	31	68,9%	2	4,4%
Medio	15	33,3%	14	31,1%	12	26,7%	9	20,0%
Alto	26	57,8%	25	55,6%	2	4,4%	34	75,5%
Total	45	100%	45	100%	45	100%	45	100%

Nota: Resultados de la escala de soledad ESTE-R, tomados de los expedientes clínicos de los usuarios del centro de atención integral al adulto mayor Guano.

Análisis e Interpretación

Los resultados de la tabla 2 reflejan que, los usuarios del “Centro de Atención al Adulto Mayor” del cantón Guano en cuanto a la dimensión de soledad familiar presentan un grado alto con el 57,8%, un grado medio con el 33,3% y un grado bajo con el 8,9%. En relación a la dimensión de soledad conyugal se encontró que, el 55,6% presentan un grado alto, el 31,1% señalan un grado medio y el 13,3% evidencian un grado bajo. Por otro lado, en la dimensión de soledad social se identificó que, el 68,9% tienen un grado bajo, el 26,7% poseen un grado medio y el 4,4% denotan un grado alto. Finalmente, en la dimensión de crisis existencial se encontró que, el 75,5% presentan un grado alto, el 20,0% corresponden a un grado medio y el 4,4% pertenecen a un grado bajo.

Se evidencia en la población analizada un alto grado de soledad en las dimensiones crisis existencial (75,5%), familiar (57,8%) y conyugal (55,6%). Para Trujillo et al. (2021) un estado de soledad impide la realización de actividades cotidianas con normalidad, asimismo, no cuentan con el apoyo y cuidado de su sistema familiar, carecen de expresiones de afecto y ausencia de comunicación con otros miembros, por lo que, se sienten incomprendidos, rechazados o marginados.

Esto indica que, la población de estudio posee una visión negativa de sí mismo, y no encuentran un sentido de vida que les permita replantearse objetivamente su forma de percibir los conflictos interpersonales. Así pues, experimentan malestar emocional y pensamientos de inutilidad relacionados con el deterioro de su capacidad física.

Por otro lado, los resultados señalan un grado de soledad bajo en la dimensión social (68,9%), Guevara (2016) menciona que, la soledad social está influenciada por el nivel de las

interacciones y relaciones que puede tener el individuo con otros. Por lo tanto, se infiere que, la población de estudio mantiene interacciones adecuadas con sus pares e interactúan en actividades de recreación.

En lo que respecta al segundo objetivo específico de la investigación donde se plateó identificar los niveles de ansiedad en los usuarios del centro de atención al adulto mayor del cantón Guano, se muestran los siguientes resultados:

Tabla 3*Niveles de ansiedad*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad baja	24	53,3%
Ansiedad moderada	18	40,0%
Ansiedad severa	3	6,7%
Total	45	100%

Nota; Resultados del Inventario de ansiedad de Beck tomados de los expedientes clínicos de los usuarios del centro de atención integral al adulto mayor Guano.

Análisis e Interpretación

En los resultados de la tabla 3 se evidencia que, de los 45 adultos mayores el 53,3% de la población presentan ansiedad baja; el 40 % indica una ansiedad moderada y finalmente el 6,7% padecen de ansiedad severa.

Por lo tanto, se encontró en los usuarios porcentajes significativos de ansiedad moderada (40,0%) y severa (6,7%). Según mera et al. (2018) la ansiedad se manifiesta como una respuesta automática ante una nueva situación que le resulta desconocida al adulto mayor, donde las actividades que realizaba anteriormente son vistas de forma catastrófica y perjudiciales.

Indicando que, la población de estudio experimenta alteraciones fisiológicas, cognitivas y conductuales, como: aprehensión o preocupación excesiva, sudoración, miedo, o nerviosismo, entre otros. Provocando una cierta vulnerabilidad en las personas del centro por estar en un estado de agitación e inquietud desagradable, asociada a situaciones estresantes externas.

En referencia al objetivo específico número 3 que se basa en establecer la correlación entre las dimensiones de soledad y los niveles de ansiedad, se muestran los siguientes resultados:

Tabla 4*Correlación entre dimensiones de soledad y niveles de ansiedad*

VARIABLE	CATEGORÍA	ANSIEDAD				CORRELACIÓN DE SPEARMAN	
		Baja	Moderada	Severa	Total	Rho	Sig.
		%	%	%	%		
Soledad Familiar	Baja	8,9%	0,0%	0,0%	8,9%	,488**	,001
	Media	31,1%	0,0%	2,2%	33,3%		
	Alta	13,3%	40,0%	4,4%	57,8%		
	Total	53,3%	40,0%	6,7%	100%		
Soledad Conyugal	Baja	13,3%	0,0%	0,0%	13,3%	,686**	,000
	Media	31,1%	0,0%	0,0%	31,1%		
	Alta	8,9%	40,0%	6,7%	55,6%		
	Total	53,3%	40,0%	6,7%	100%		
Soledad Social	Baja	33,3%	31,1%	4,4%	68,9%	-,166	,227
	Media	17,8%	8,9%	0,0%	26,7%		
	Alta	2,2%	0,0%	2,2%	4,4%		
	Total	53,3%	40,0%	6,7%	100%		
Crisis Existencial	Baja	4,4%	0,0%	0,0%	4,4%	,439**	,003
	Media	20,0%	0,0%	0,0%	20,0%		
	Alta	28,9%	40,0%	6,7%	75,6%		
	Total	53,3%	40,0%	6,7%	100%		

** La correlación es muy significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Nota: Resultados de la correlación de Spearman entre las dimensiones de la soledad y los niveles de ansiedad. Correlación de Spearman; Rho= 0, nula; Rho= ,00 a ,19 muy baja; Rho= ,20 a ,39, baja; Rho= ,40 a ,59, moderada; Rho= ,60 a ,79, alta; Rho= ,80 a ,99, muy alta; 1 perfecta.

Análisis e Interpretación

La tabla 4 señala la correlación entre las variables; dimensiones de soledad y la ansiedad que se analizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Con respecto a la soledad familiar y la ansiedad se determinó que, existe una correlación positiva moderada de Rho = 0,48 con una significancia $p < 0,01$ esto indica la posibilidad de que, a mayor soledad familiar, mayor presencia de ansiedad moderada.

Asimismo, en el nivel de ansiedad moderada el 40,0% de la muestra posee soledad familiar alta. En relación a la soledad conyugal y la ansiedad, se evidencia que existe una correlación positiva alta de $Rho = 0,68$ con una significancia $p < 0,01$ lo que expresa que, a mayor soledad conyugal, mayor presencia de ansiedad. De la misma forma, en el nivel de ansiedad moderada el 40,0% de la muestra denota soledad conyugal alta. En lo que respecta a la soledad social y la ansiedad, no se encontró una relación estadísticamente significativa. Por último, entre la crisis existencial y la ansiedad se obtuvo una correlación positiva moderada de $Rho = 0,43$ con una significancia $p < 0,05$ es decir, a mayor crisis existencial, mayor presencia de ansiedad. En el nivel de ansiedad moderada el 40,0% presenta una crisis existencial alta.

Los resultados obtenidos permiten corroborar la hipótesis planteada en la investigación, demostrando que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio, determinando que, los adultos mayores al presentar grados altos de soledad en sus tres dimensiones (crisis existencial, familiar, conyugal) evidencian un mayor nivel de ansiedad, lo que permite inferir que, el vacío existencial, la usencia del apoyo familiar y la ausencia de expresividad afectiva son factores predisponentes para el desarrollo de ansiedad.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se analizó el grado de las dimensiones de soledad y los niveles de ansiedad en los usuarios del centro de Atención Integral al Adulto Mayor del cantón Guano, razón por la cual, los resultados obtenidos varían de otras investigaciones, debido a la diferencia geográfica, cultural y su entorno social en el cual se desenvuelven.

De acuerdo a las dimensiones de soledad, los resultados señalan que, existen grados altos de: crisis existencial con un 75,5%, soledad familiar con un 57,8% y soledad conyugal con un 55,6%, estos datos se asemejan a los encontrados en la investigación de Figueroa (2019) realizado con adultos mayores mexicanos, donde el grado de soledad alta predominó en las dimensiones de: soledad familiar (94,8%), soledad conyugal (53,4%) y crisis existencial (82,8%). De la misma forma, los resultados son similares a la investigación de Arango (2020) quien determinó que, la muestra presenta un 34,6% soledad familiar alta, un 36,4%, soledad conyugal alta, y el 57,7% evidencia una cifra significativa de crisis existencial.

Por otra parte, los resultados son opuestos al estudio de Garza et al. (2020) quienes señalaron que, el grado de soledad baja predomina en las dimensiones: familiar (12,13%), crisis existencial (10,18%) y conyugal (6,81%). Para Ventura y Caucho (2017) la soledad es un sentimiento de abandono, de descontento con la vida misma y de angustia, puesto que el adulto mayor se siente incomprendido o rechazado por los otros, debido a la ausencia de redes de apoyo, al escaso interés hacia sus situaciones personales, a la falta de afecto y de comunicación.

En relación a los niveles de ansiedad, se identificó que el 40% de adultos mayores presenta un nivel moderado y el 6,7% un nivel severo, resultados similares se encontraron en la investigación de Guillen y Ordoñez (2017) donde el 42,6% de la población poseen ansiedad moderada. Así mismo, coincide con el estudio de Pomares et al. (2021) quienes determinaron que el 70% de adultos mayores cubanos tiene un nivel medio de ansiedad y el 30% denotan un nivel alto de ansiedad. Por otro lado, la investigación elaborada por Jiménez et al. (2021) difiere con el presente estudio pues, se evidenció que, el 94,2% de ancianos cubanos no presentan ansiedad a razón de que, la población cuenta con redes de apoyo y habilidades adecuadas para manejar situaciones de estrés lo que disminuye la posibilidad de presentar sintomatología ansiosa.

Por ende, la ansiedad es una respuesta adaptativa del ser humano que, aumenta o disminuye según los mecanismos de adaptabilidad y afrontamiento propios del individuo (Hernández et al., 2020). Esto indica que, los niveles moderados y severos de ansiedad que presenta la población del estudio se debe a los cambios naturales que experimenta el adulto mayor en el proceso del envejecimiento como: desgaste físico, mental, ausencia familiar, entre otros, los cuales generan malestar en el individuo, llevándolo a desarrollar síntomas como: miedo, nerviosismo, aprehensión, temblores, palpitaciones, etc.

En cuanto a la correlación entre las variables de las dimensiones de soledad y niveles de ansiedad, se obtuvo que, existe una correlación positiva estadísticamente significativa ($p < 0,05$) según las dimensiones de: soledad familiar, soledad conyugal y crisis existencial respectivamente. Por ende, se comprobó la hipótesis alternativa demostrando que, existe una relación entre las dimensiones de soledad y los niveles de ansiedad puesto que, a mayor grado de soledad conyugal social y crisis existencial se desarrollarán mayores niveles de ansiedad.

Así pues, los resultados coinciden con el estudio de Greenblatt et al. (2021) quienes corroboran la hipótesis que se plantea en el presente proyecto de investigación mencionando que, existe una relación positiva significativa entre la soledad y la ansiedad ($p < 0,01$). Asimismo, guarda similitud con la investigación de Vitores (2019) realizado en España con adultos mayores de 60 años en adelante, quien evidenció una correlación positiva significativa entre la soledad y la ansiedad ($p < 0,05$) tanto para el género masculino como para el género femenino.

De este modo este estudio evidencia que, el estado de soledad en un adulto mayor institucionalizado se debe a la pérdida efectiva en sus vínculos sociales o familiares que, al disminuir ocasionan la aparición de un desequilibrio emocional y conductual en el sujeto provocando la aparición de sentimientos de intranquilidad, desesperanza y pensamientos catastróficos.

Sin embargo, estos datos discrepan con la investigación de Ward (2010) quien demostró que, existe una relación moderada entre la ansiedad y la dimensión de soledad social ($p < 0,01$), debido al escaso contacto con amigos o conocidos para realizar actividades placenteras para la vida. Según varios autores, las condiciones personales como: la negligencia familiar, duelo, contribuyen a la aparición de la soledad en el adulto mayor, por ende, afecta su anatomía y pertenencia. La soledad se manifiesta a través de las alteraciones psicológicas como la ansiedad, la cual perjudica negativamente la salud mental del adulto mayor (Camargo y Chavarro, 2020).

Los usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor del cantón Guano, presentan altos grados de soledad en las dimensiones: crisis existencial, soledad familiar, soledad conyugal, asimismo, evidencian un nivel moderado y severo de ansiedad, lo que perjudica su ajuste psicosocial. Finalmente, se evidenció en el trabajo de investigación que, existe una correlación positiva entre las dimensiones de soledad y ansiedad.

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Mediante la investigación realizada, se establecen las siguientes conclusiones:

- El estudio determinó que, los usuarios del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor del cantón Guano presentan altos grados de soledad en las dimensiones de; crisis existencial (75,5%), soledad familiar (57,8%) y soledad conyugal (55,6%). Esto indica que, los adultos mayores del centro poseen una percepción marcada de sentirse solos manifestando un comportamiento de retraimiento, inhibiéndose socialmente por lo que, no encuentran un sentido de vida que les permita replantearse objetivamente su forma de percibir las relaciones interpersonales, llevándolos a experimentar un malestar emocional y alteraciones psicológicas.
- En cuanto a los niveles de ansiedad, se identificó que el 40,0% de la población presenta un nivel moderado de ansiedad y el 6,7% denotan ansiedad severa. Así pues, se evidencia que, los usuarios del centro presentan un cierto nivel de ansiedad al no conseguir manejar las diferentes situaciones de la vida reflejando comportamientos de: irritabilidad, cambios de humor, cansancio físico mental entre otros.
- Se establece que, existe una correlación positiva significativa de soledad según las dimensiones familiar, conyugal y crisis existencial con los niveles de ansiedad ($p < 0,05$). Demostrando así que, la soledad es un fenómeno multidimensional que, influye directamente en el aumento de la ansiedad de las personas de la tercera edad.

Recomendaciones:

Mediante la investigación realizada, se establecen las siguientes recomendaciones:

- Se sugiere a las autoridades y profesionales del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor, la creación de planes de intervención psicológica y la implementación de charlas o talleres psicoeducativas para el manejo adecuado de la soledad y los síntomas de ansiedad. Las que, deben ser dirigidas a los usuarios del centro, con el objetivo de prevenir patologías graves como trastornos depresivos, pensamientos suicidas derivadas de la soledad y la ansiedad.
- Se recomienda que, el personal del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor implemente otros mecanismos de comunicación con los familiares y cuidadores de los usuarios, sin que, sean interrumpidos por la institucionalización, con el propósito de fortalecer los vínculos afectivos para dar y recibir apoyo. Además, se sugiere la creación de espacios para el contacto con el exterior siendo esta una estrategia favorable para combatir la soledad y proporcionar una descarga natural de la ansiedad.
- Concienciar a los familiares, cuidadores y a la comunidad del cantón Guano sobre la importancia de la soledad, las secuelas del abandono y las necesidades físicas y emocionales del adulto mayor, para desarrollar habilidades afectivas que permitan un mejor afrontamiento a las situaciones de ansiedad y soledad mejorando la calidad de vida de las personas de la tercera edad.
- Considerar el presente estudio como fuente de información para futuras investigaciones e incentivar el análisis de esta temática en las autoridades, puesto que, en el Ecuador las investigaciones sobre las variables planteadas son muy escasas.

REFERENCIAS

- Abellán, A., Ayala, A. y Pujol, R. (2017). Un perfil de las personas mayores en España, 2017: Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, 15(1), 2-48 <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
- Alves, R. (2013). Institucionalización del adulto mayor: análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario. *Acta Académica*, 17(3), 17-21. <https://www.aacademica.org/000-054/544>
- Andreo, A., Salvador, P. y Orteso, F. (2020). Ansiedad y estrategias de afrontamiento. *European Journal of Health Research*, 6(2), 213-225. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.218>
- Arango, K. (2020). *Sentimiento de soledad en adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico*. [Tesis de maestría, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Bitstream. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/12918/1/TP_ArangoCarvajalKarenJohana_2020.pdf
- Arroyo, M. y Soto, L. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de trabajo social*, 26(2), 337-347. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/41333>
- Barbado, A. y Gómez, J. (2015). Estudio de la compañía y la soledad a través de la lógica. *Ene*, 9(1), 48-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000100005>
- Barrio, E., Castejón, P., Castiello, M., Tortosa, M., Sundstrom, G. y Malmberg, B. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(4), 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.02.010>
- Buitrago, L., Cordon, L. y Cortés, R. (2018). Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Integración Académica en Psicología*, 6(17), 70-81. <https://integracion-academica.org/attachments/article/203/07%20Ansiedad%20y%20Estrés%20-%20LBuitrago%20LCordon%20LCortes.pdf>
- Carreira, C. y Facal, D. (2017). Ansiedad en las personas mayores de 50 años: Datos de un estudio representativo de la población mayor en España, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(4), 197-200. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.02.008>
- Camargo, C. y Chavarro, D. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: Conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica*, 61(2), 1-8. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>
- Cerquera, A., Cala, M. y Galvis, M. (2013). Validación de constructo de la escala ESTE- R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia. *Diversitas Perspectivas en Psicología*, 9(1), 45-53. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S179499982013000100004&lng=en&tlng=es
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. Editorial Desclée de Brouwer. https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf

- Díaz, C. y Rangel, L. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 6-16. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2563>
- Echeverry, A., Villamil, M., Henao, E. y Cardona, J. (2018). Diferencias de sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista facultad nacional de salud pública*, 36(2), 49-57. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n2a07>
- Espinoza, L. (2016). El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 139-141. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.06.002>
- Figueroa, L. (2019). *Sentimientos de soledad relacionado con variantes sociodemográficas en el adulto mayor*. [Tesis de maestría, Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo]. Bitstream. http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/handle/DGB_UMICH/5642
- Flores, K. y Ramos, A. (2021). *Nivel de soledad del adulto mayor del Centro Integral Adulto Mayor, Municipalidad de Mariano Melgar*. [Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo]. Bistream. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/70743/Flores_BKR-Ramos_CAM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Flores, R. y Garay, S. (2021). Soledad en el curso de vida de las mujeres mayores en México y España. *Iberoforum*, 1(2), 1-30. <https://doi.org/10.48102/if.2021.v1.n2.160>
- Garcés, M. (2022). La soledad como problema social en personas ancianas. *General Calixto García*, 10(1), 72-81. <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e842/719>
- Garza, R., González, J., Rubio, L. y Dumitrache, C. (2020). Soledad en personas mayores de España y México: Un análisis comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 106-116. <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.6>
- Gelfuso, A., Santos, D., Fachin, A., Mortari, M., Cunha, A. & Belebony, R. (2014). Anxiety: a systematic review of neurobiology, traditional pharmaceuticals and novel alternatives from medicinal plants. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 9(1), 150-65. <https://doi.org/10.2174/18715273113129990102>
- González, A. y Lima, L. (2017). Autoeficiencia, percepción de salud y soledad sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Entrenciencias*, 5(15), 3-18. <https://www.redalyc.org/journal/4576/457653227004/html/>
- Guevara, N. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez: Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, 12(1), 138–151. <https://doi.org/10.18041/entramado.2016v12n1.23110>
- Gutiérrez, T. (2018). *Ansiedad, miedo y actitudes hacia la muerte en población general mayor de edad: evaluación y repercusión en variables psicológicas y de salud*. [Tesis de maestría, Universidad de Salamanca]. Gredos. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/137927/TFM_CleGutT_Ansiedad.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Guillen, J. y Ordoñez, R. (2017). *Depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis*

- de un hospital nacional de la policía nacional del Perú.* [Tesis de maestría, Universidad Ricardo Palma]. Urp. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1199>
- Greenblatt, L., Kestler, M., Even, A. y Lavenda, O. (2021). Death Anxiety and Loneliness among Older Adults: Role of Parental Self-Efficacy. *Environmental Research and Public Health*, 18(18), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189857>
- Hernández, F., Pierrez, M., Martínez, B., Morejón, A., Arencibia, F. y Álvarez, M. (2020). Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriátrica; Hospital comandante Faustino Pérez. *Revista Médica Electrónica*, 42(3), 1-11. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3637>
- Herrera, I., Medina, I., Carillo, A. y Montelongo, D. (2021). Abordaje de enfermería sobre el miedo y ansiedad ante la muerte en personas adultas mayores. *Salud y Drogas*, 21(1), 159-170. <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.544>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2021). *Situación de la Población Adulta Mayor Octubre - noviembre - diciembre 2021.* <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2021.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2009). *Salud, bienestar y envejecimiento 2009.* https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wpcontent/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf
- Jiménez, E., Fernández, Z., Broche, Y., León, J., Rodríguez, G., Rodríguez, R. y Pérez, B. (2021). Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión en una muestra de adultos mayores de Santa Clara. *Revista Novedades en Población*, 17(33), 223-244. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782021000100223&lng=es&tlng=es.
- López, M. (2018). *Niveles de ansiedad en las y los trabajadores de los Centros infantiles del buen vivir del cantón Ambato.* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Bitstream. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2175/1/76597.pdf>
- López, C. y Rodríguez, J. (2018). El abandono del adulto mayor y su incidencia en su estado emocional en el centro gerontológico casa hogar Caleb de la ciudad de Portoviejo en la provincia de Manabí en el año 2018. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 12(1), 2254-7630. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/12/abandono-adulto-mayor.html>
- López, J. y Díaz, M. (2018). Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 53(3), 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>
- Macías, M., Pérez, C., López, L., Beltrán, L. y Morgado, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista electrónica Eneurobiología*, 10(24), 208-216. [https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/Mac%C3%ADas-24\(10\)090519.pdf](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/Mac%C3%ADas-24(10)090519.pdf)
- Mera, A., Morales, S. y Vaca, M. (2018). Intervención con actividad físico-recreativa a la

- ansiedad y depresión en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(1), 47-56. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002018000100005&lng=es&tlng=en.
- Moreno, J. (2014). Hacia una historia de la soledad. *Historia y Grafía*, 4(42), 35-63. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58938125003>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 4 de octubre). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012, 5 de noviembre). *Adultos Mayores y Salud Mental*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51598>
- Palma, E. y Escarabajal, M. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 23(1), 12-19. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Papalia, D. y Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano*. McGraw-Hill Education. <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0250.%20Desarrollo%20humano.pdf>
- Pinazo, S. y Bellegarde, M. (2018). *La Soledad De Las Personas Mayores*. Fpilares. https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_mayores/eu_de/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf
- Pomares A., Pomares, J., Santiesteban, R., Regal, V. y Vázquez, M. (2021). Percepción del funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores del Área II. Cienfuegos 2019. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(2), 2012-224. <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1205/432>
- Rubio, D., Rivera, L., Borges, L. y González, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Varona*, 10(61), 1-7. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>.
- Rubio, R. y Alexandre, M. (1999). La soledad en los mayores: Un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriatría*, 15(2), 1-16. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- Sarudiansky, M. (2012). Ansiedad, angustia y neurosis: Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>
- Sequeira, D. (2012). *Soledad en personas mayores: Factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en Adultos mayores Chilenos*. [Tesis de doctorado, Universidad de Granada]. Digibug. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/21617/2075887x.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sullivan, H. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Humanities Press. <https://books.google.com.ec/books?id=tKJh3h4sBr0C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

- Scarimbolo, G. (2016). La soledad de los adultos mayores: Un problema mayor. *Acta Académica*, 42(5), 67-69. <https://www.aacademica.org/000-044/320.pdf>
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Pnas*, 110(15), 5797-5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Trujillo, Y., Casique, L., Morales, A. y Aguirre, A. (2021). Soledad en el adulto mayor: Análisis de concepto. *Revista Eureka*, 18(1), 1-15. <https://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-18-M-22.pdf>
- Valarezo, C., Silva, J. y Medina, R. (2020). Influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad residentes en una institución geriátrica. *Revista Espacios*, 41(14), 1-10. <https://www.revistaespacios.com/a20v41n14/a20v41n14p02.pdf>
- Velasco, V., Suárez, G., Limones, M. y Ferniza, E. (2017). Sentimiento de soledad y calidad de vida en el adulto mayor. *Parainfo digital*, 27(49), 1-5. <http://www.index-f.com/para/n27/049.php>
- Ventura, J. y Caycho, T. (2017). Validez y fiabilidad de la escala de soledad de Jong Gierveld en jóvenes y adultos peruanos. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(1), 1-18. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333152921005.pdf>
- Viedma del Jesús, M. (2017). *Mecanismos Psicofisiológicos de la Ansiedad Patológica: Implicaciones Clínicas* [Tesis de doctorado, Universidad de Granada]. Digibug. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/2017/17626791.pdf?sequence=1>
- Vitores, O. (2019). *El impacto de la soledad sobre la ansiedad, depresión y calidad de vida en una muestra de personas mayores institucionalizadas*. [Tesis de maestría, Universidad del País Vasco]. Dspace. <http://hdl.handle.net/10810/38272>
- Ward, P. (2010). *EFFECT OF LONELINESS ON OLDER ADULTS' DEATH ANXIETY*. [Tesis de doctorado, University Of North Texas]. Digital library. https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc30501/m2/1/high_res_d/dissertation.pdf
- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo-Hernadis, S., Roig, S. y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*, 66(2), 61-75. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.05>
- Young, J. E. (1982). Soledad, depresión y terapia cognitiva: Teoría y aplicación. En L. Peplau y D. Perlman. (Eds.), *Soledad: un libro de consulta de la teoría actual, investigación y terapia* (pp. 379-405). Editorial Wiley.

ANEXOS

Anexo 1: Autorización de la institución



Carrera de Psicología Clínica
FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

en movimiento

Riobamba, 02 de febrero de 2022

Lic.

Elena Guevara

DIRECTORA DE PROYECTOS GERONTOLOGICOS MIES - CHIMBORAZO

Presente. -

De mi consideración:

Yo, **IVÁN ALEXANDER CHAFLA VALVERDE** con cédula de identidad número: **0604579680**, estudiante de la carrera de **Psicología Clínica** de la **Universidad Nacional de Chimborazo**, me permito hacerle llegar un cordial y atento saludo, a la vez deseándole éxitos en sus labores.

El motivo de la presente es para solicitar de la manera más comedida sírvase dar la apertura en el Centro de Atención Integral al Adulto Mayor (CAIAM) Guano, con el objetivo de recolectar información para realizar el proyecto de investigación denominado **“SOLEDAD Y ESTADOS EMOCIONALES EN EL ADULTO MAYOR”** el mismo que constituye el proyecto de titulación de Grado. Adjunto el respectivo documento de sustentación y cronograma de actividades.

Por la favorable acogida a la presente le anticipo sinceramente mi agradecimiento.

Atentamente;

IVAN ALEXANDER CHAFLA VALVERDE
C.I. 0604579680



Anexo 2: Ficha de registro de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- OBJETIVO:

Analizar los expedientes clínicos del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor cantón Guano, 2022.

2.- Datos Generales:

Nombres y Apellidos:			
Sexo:	Edad:	N° HCI:	
Nacionalidad:		Estado civil:	
Motivo de ingreso:			Jornada:

3.- Resultados de Test Psicológicos:

Escala de Soledad ESTE-R			
Soledad Familiar:	Soledad Conyugal:	Soledad Social:	Crisis Existencial:

Inventario de Ansiedad de Beck		
Ansiedad Baja:	Ansiedad Moderada:	Ansiedad Severa:

Anexo 3: Prueba de normalidad de datos

Pruebas de normalidad			
Shapiro - Wilk			
Variables	Estadístico	gl	Sig.
Soledad familiar	,945	45	,034
Soledad Conyugal	,940	45	,022
Soledad Social	,897	45	,001
Crisis existencial	,869	45	,000
Ansiedad	,917	45	,003

Anexo 4: Escala de Soledad ESTE-R.

ESCALA ESTE-R.

El siguiente cuestionario tiene como objetivo evaluar el nivel de soledad en adultos mayores, consta de 34 ítems, los cuales constan de una puntuación de 1 a 5. Marque con un “X” la respuesta que mejor considere según la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Nada	Rara Vez	Alguna Vez	A Menudo	Siempre

Nº	ITEMS	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
1	Me siento solo					
2	¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?					
3	¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida con usted?					
4	Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito					
5	Siento que estoy enamorado de alguien que me ama					
6	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales					
7	Contribuyo a que mi pareja sea feliz					
8	Me siento solo cuando estoy con mi familia					
9	Mi familia se preocupa por mí					
10	Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera					
11	Realmente me preocupo por mi familia					
12	Siento que pertenezco a mi familia					
13	Me siento cercano a mi familia					
14	Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco					
15	No tengo amigos que compartan mis opiniones, aunque me gustaría tenerlos					
16	Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones					

17	Me encuentro a gusto con la gente					
18	Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo					
19	Me siento aislado					
20	¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?					
21	Siento que mi familia es importante para mí					
22	Me gusta la gente con la que salgo					
23	Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda					
24	Me siento satisfecho con los amigos que tengo					
25	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones					
26	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie					
27	Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
28	Siento que soy importante para la gente					
29	Siento que no soy popular					
30	Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí					
31	Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes					
32	Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil					
33	A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida					
34	Tengo miedo de muchas cosas					

Anexo 5: Inventario de Ansiedad de Beck

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)				
Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Acalorado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Con temblor en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Con temor a que ocurra lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareado. O que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Atemorizado o asustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Con sensación de bloqueo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Con temblores en las manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Inquieto, inseguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Con miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Con sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Con temor de morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Con miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Con problemas digestivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Con desvanecimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Con rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Con sudores fríos o calientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. **Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.**

0 a "en absoluto"
 1 a "levemente, no me molesta mucho",
 2 a moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo"
 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

0-21= ansiedad muy baja
 22-25= ansiedad moderada
 36 o más= ansiedad severa