

República Dominicana  
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina  
Hospital Central de Las Fuerzas Armadas  
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

**ESCALA DE ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR CORONAVIRUS (COVID 19). FUNDACION DOMINICANA DE PROTECCION AL ADULTO MAYOR, 2020 - 2021**



Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:  
**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Sustentante**

Dra. Porfiria Ybelsa Santana de Los Santos de Gálvez

**Asesoras**

Dra. Claridania Rodríguez Berroa

Dra. Carmen J. Díaz Morey

Los conceptos expuestos en la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante.

Distrito Nacional: 2021

## CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	2
I.2. Justificación	3
II. Planteamiento del problema	5
III. Objetivos	6
3.1. General	6
3.2. Específicos	6
IV.1. Marco teórico	7
IV.1.1. Ansiedad	7
IV.1.1.1. Historia	7
IV.1.1.2. Definición	8
IV.1.1.3. Epidemiología	11
IV.1.1.4. Causas	11
IV.1.1.5. Clasificación de la ansiedad	13
IV.1.1.6. Factores de riesgo	16
IV.1.1.7. Manifestaciones clínicas	17
IV.1.1.8. Criterios diagnósticos	18
IV.1.1.9. Tratamiento	31
IV.1.1.10. Adulto mayor	34
IV.1.1.11. Vejez y proceso de envejecimiento	35
IV.1.1.12. Cambios fisiológicos en el adulto mayor	35
V. Variables	43
VI. Operacionalización de las variables	44
VII. Material y métodos	45
VII.1. Tipo de estudio	45
VII.2. Área de estudio	45
VII.3. Universo	45
VII.4. Muestra	45

VII.5. Criterio	45
VII.5.1. De inclusión	45
VII.5.2. De exclusión	45
VII.6. Instrumento de recolección de datos	46
VII.7. Procedimiento	46
VII.8. Tabulación	46
VII.9. Análisis	46
VII.10. Principios éticos	46
VIII. Resultados	48
IX. Discusión	55
X. Conclusiones	57
XI. Recomendaciones	58
XII. Referencias	59
XIII. Anexos	65
XIII.1. Cronograma	65
XIII.2. Instrumento de recolección de datos	66
XIII.3. Costos y recursos	70
XIII.4. Evaluación	71

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios.

Les doy gracias por permitir mantenerme en salud y firme en mis pasos, siempre poniendo en sus manos mi accionar y fortaleciendo mis conocimientos con su sabiduría.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Por permitir la realización de esta investigación

Al Hospital Central de Las Fuerzas Armadas.

Por abrir sus puertas para investirme de profesional en Medicina Familiar y Comunitaria.

Al la Fundación de Protección al Adulto Mayor.

Por abrir sus puertas para realizar esta investigación y todos el personal que colaboró con su disposición

A los docentes.

Gracias por siempre estar dispuestos a facilitar sus conocimientos, guiarme con tesón, sin ustedes no sería posible tener un eslabón más en mi currículum.

A mis asesoras Claridania Rodríguez y Dra. Carmen J. Díaz Morey.

Por su tiempo y dedicación en las enseñanzas y correcciones para hacer una investigación ejemplar.

Porfiria Y. Santana

## **DEDICATORIA**

A Dios.

Que todo lo puede, que es nuestra luz en la oscuridad.

A mis padres Ybelsa de Los Santos y Héctor Santana (fallecido).

Por enseñarnos y prepararnos para tener mejor futuro.

A mi esposo (Alejandro Gálvez) e hijos, Ashenty Gálvez Santana Joshua Gálvez Santana.

Por tener la paciencia para esperar y soportar siempre que me necesitaban.

A mis tíos, hermanos y abuelos.

Por su motivación a seguir y necesario para llegar.

A mis amigas.

Por su ayuda incondicional al necesitar su colaboración.

Gracia a todos.

Porfiria Y. Santana

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal de carácter prospectivo, el cual tiene como objetivo de determinar los niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021. El universo estuvo conformado por 80 adultos y la muestra fue de 25 envejecientes. La frecuencia de ansiedad durante la pandemia se situó en el 84.0 por ciento, un 52.4 por ciento presentó ansiedad severa, el 76.2 por ciento correspondió al sexo femenino, Un 28.6 por ciento se halló entre 65-69; 75-79 y mayores de 80 años respectivamente, del 52.4 por ciento de los adultos mayores con ansiedad severa, el 100.0 por ciento estaban comprendidos entre 70.74 años y un 66.7 por ciento se hallaron de 75-79 años, de los 16 adultos mayores correspondientes al sexo femenino, el 18.7 por ciento presentó ansiedad leve, un 31.3 por ciento moderada y el 50 por ciento severa de los 9 adultos mayores con nivel de escolaridad media, un 22.2 por ciento presentó ansiedad leve, el 33.3 por ciento moderada y un 44.5 por ciento severa y de los 6 adultos mayores solteros, el 33.3 por ciento presentó ansiedad moderada y un 66.7 por ciento severa.

**Palabras clave:** adulto mayor, ansiedad, pandemia, Covid-19.

## **ABSTRACT**

It was a descriptive, cross-sectional study of a prospective nature was carried out, which aims to determine the levels of anxiety in older adults in times of pandemic by coronavirus (Covid-19). Dominican Foundation for the Protection of the Elderly, 2020-2021. The universe consisted of 80 adults and the sample was 25 elderly. The frequency of anxiety during the pandemic was 84.0 percent, 52.4 percent presented severe anxiety, 76.2 percent corresponded to the female sex, 28.6 percent were between 65-69; 75-79 and older than 80 years respectively, of the 52.4 percent of older adults with severe anxiety, 100.0 percent were between 70.74 years and 66.7 percent were 75-79 years, of the 16 corresponding older adults In the female sex, 18.7 percent presented mild anxiety, 31.3 percent moderate and 50 percent severe, of the 9 older adults with a medium level of education, 22.2 percent presented mild anxiety, 33.3 percent moderate and 44.5 percent severe and of the 6 single older adults, 33.3 percent presented moderate anxiety and 66.7 percent severe.

**Key words:** elderly, anxiety, pandemic, Covid-19.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud, en enero de 2020, declaró el brote de esta nueva enfermedad, al cual denominó: COVID-19. Desde entonces fue identificada como una emergencia internacional de salud pública, debido al elevado riesgo de propagación de esta pandemia a otros países del mundo, además de China. En marzo de 2020 la OMS decidió identificar a la COVID-19 como una pandemia.<sup>1</sup>

El país enfrenta un problema de salud grave en la actualidad como es el nuevo virus COVID-19 o SARS que ha generado cambios radicales en la vida de las personas, lo cual ha traído consecuencias: psicológicas, económicas y pérdidas de familiares.

El presente trabajo está enfocado en el adulto mayor siendo estos partes del grupo de vulnerabilidad y con poca atención en los servicios de salud. El confinamiento de los adultos mayores conlleva a que pierdan ciertas rutinas como realizar paseos, acudir a centros del día donde realizan actividades de estimulación cognitiva, recibir visitas de familiares y actividades propias de su edad. El aislamiento social puede presentar exacerbación del déficit cognitivo, con mayor desorientación y confusión con respecto a su estado mental, el estrés y la ansiedad son factores que pueden contribuir a esta situación.<sup>2</sup>

Los adultos mayores representan un grupo de riesgo ante la presencia del Covid-19, fundamentalmente por la presencia de patologías asociadas, donde incrementa la vulnerabilidad y el riesgo de los individuos ante su padecimiento, pudiendo las manifestaciones y complicaciones resultar más severas.

Los ancianos vivencian con frecuencia peligro por el logro de metas vitales, pérdida de la autonomía y baja autoestima, experimentando estados emocionales negativos, el temor, el miedo, la angustia, la ansiedad, la incertidumbre, la irritabilidad se incrementan, constituyendo una amenaza añadida para sus vidas.<sup>3</sup>



## I.1. Antecedentes

Sotomayor, Espinoza y Rodríguez realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de la investigación es determinar el impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia Covid-19, El Oro Ecuador. Ecuador en el 2020. Se reporta que los resultados señalaron grupo de estudio, 55.6%% mujeres y 44,4% hombres. Las edades están representadas el 32% al rango de 66-70 años, seguido por el 21,5% de 60-65 años; El 95,6% consideró que pertenece a un grupo de riesgo. Las emociones presentadas fueron stress con 51, 1%, angustia 44,4%, el 43% ansiedad, el 34,8% triste, el 14,1%, llora con facilidad, las mismas relacionadas con preocupación por contraer covid-19 con 37,2%, extrañar familiares 29,2%, problemas económicos 18,6%. Las enfermedades presentes son Hipertensión con un 51,1%, Diabetes Mellitus 31,9%, la Artrosis con un 20%, las discapacidades 11,1%, enfermedades cardíacas 10,4%, la población adulta mayor presenta enfermedades crónicas degenerativas que los ponen en mayor riesgo de contagiarse.<sup>4</sup>

González A, Toledo A, Romo H, Reyes E., realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de analizar el efecto de algunos factores sociodemográficos (sexo y edad) y condiciones médicas (diabetes e hipertensión) sobre la salud mental y las preocupaciones sobre COVID-19 en una muestra de adultos mayores en el estado de México en el 2019. Se reporta que un 35.6% presentó niveles de ansiedad, el 37.7% eran hombres y un 62.3% eran mujeres, las mujeres presentaron mayores preocupaciones por COVID-19 que los hombres, los hallazgos mostraron efectos significativos, siendo las mujeres quienes presentaron puntuaciones más altas en síntomas depresivos y ansiedad, así como mayor estrés asociado a evento. Además, se encontraron efectos diferenciados por subgrupos de edad en relación con estrés asociado a evento y síntomas depresivos.<sup>5</sup>

Lincango E., llevó a cabo un estudio no experimental, transversal y descriptivo con el objetivo de determinar los niveles de depresión y confinamiento por emergencia sanitaria en un grupo de adultos mayores residentes en una parroquia de Quito, Ecuador, posterior a la semaforización entre enero-abril, 2020. Se reporta que el rango de 65 a 71 años presentaba un 19% de depresión moderada y un 10% severa, así mismo las mujeres con un 28% y 15% respectivamente siendo estos aquellos con mayores porcentajes de esta psicopatología; en relación con las estrategias de confinamiento identifico que existen mayores niveles de depresión en las personas que cumplen con estas. Por último, a nivel general se presencia ansiedad en más de la mitad de la muestra.<sup>6</sup>

### I.1.2. Justificación

La siguiente investigación mantiene una relevancia social muy importante debido a la coyuntura que vivimos actualmente donde a casi más de una década se desarrolló una nueva enfermedad a causa de un virus llamado COVID-19, desarrollándose así en poco tiempo causando una pandemia, debido a ello se desarrollaron muchos problemas, tanto en los gobiernos como en los ciudadanos de cada país, se vieron afectadas muchas áreas de desarrollo, muy gravemente el desarrollo social, la economía y sobre todo de Salud Pública.

Es así que en República Dominicana, a medida que los contagios han ido incrementando se optaron por tomar medidas radicales como el declarar el estado de emergencia, donde el aislamiento social era la mejor estrategia para detener los contagios masivos.

Dicha investigación mantiene una relevancia social y personal de alto interés, debido a la crisis sanitaria actual que se está atravesando no solo en República Dominicana, sino a nivel internacional son muchos los problemas que han ido evidenciando, el impacto psicológico y físico que están atravesando seriamente los ciudadanos, debido a un nuevo tipo de virus del Covid-19.

Es así que se decide investigar sobre dicha problemática actual, donde sin manera las personas se han visto envueltas en menos posibilidades de ser asistidas eficientemente con la salud mental, así mismo el estado de emergencia ha desarrollado problemas psicológicos, donde el aislamiento social, el miedo al contagio, el fallecimiento de un ser querido, pueden desencadenar altos niveles de ansiedad muy significativos en la población.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad según la organización mundial de la salud es percepción-sensación con anticipación a un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y o de síntomas somáticos de tensión. La sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés, según estudio a nivel mundial cerca del 60.0 por ciento de pacientes en fase preoperatoria presentaron ansiedad, ligado al estrés y al miedo.<sup>8</sup>

Desde finales de 2019 y hasta la fecha la salud de gran parte de la población mundial se ha visto afectada por el surgimiento de la pandemia derivada del virus SARS-CoV-2, lo cual representa uno de los mayores retos a nivel mundial, no solo en lo que se refiere a la salud física, sino también en lo que respecta a la salud mental de los diferentes grupos poblacionales, particularmente en los adultos mayores al considerarse un grupo de alta vulnerabilidad.<sup>9</sup>

En este sentido se ha buscado realizar tanto prevención como detección temprana y oportuna de diferentes aspectos de la salud mental, ya que la dinámica social se ha visto modificada por el distanciamiento impuesto por las autoridades de los diferentes países, lo que ha representado un riesgo para el desarrollo de estrés, ansiedad, depresión, violencia y otros desórdenes de salud mental.<sup>10</sup>

Partiendo de estos señalamientos se hace la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19) asistidos en la Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020 – 2021?

### **III. OBJETIVOS**

#### 3.1. General.

Determinar los niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020 - 2021

#### 3.2. Específicos

Determinar los niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al adulto mayor, 2020 – 2021, según:

1. Edad
2. Sexo
3. Escolaridad
4. Estado civil.
- 5 Síntomas cognitivo

-

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **IV.1.1. Ansiedad**

#### **IV.1.1.1. Historia**

El contenido original del término neurosis, introducido por el psiquiatra escocés William Cullen en 1769, en su *Synopsis nosologiae methodicae*, se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afectación local de algún órgano, y que comprometía los sentimientos y el movimiento.<sup>11</sup>

La sintomatología polimorfa que Cullen identificó en la afección abarcaba las manifestaciones que se presentaban en una abigarrada serie de afecciones que iban desde diversas intensidades de síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la demencia y la manía.

El término creado por Cullen y retomado por Philippe Pinel en su *Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, de 1798, tuvo una amplia penetración en el vocabulario médico.

A lo largo de los siglos XIX y XX diversos autores se ocuparon de distinguir sus características y del gran grupo inicial se fueron desgajando diversas enfermedades que permitieron precisar más rigurosamente sus contornos y límites, pero las querellas en torno a su especificidad siguieron siendo numerosas y apasionantes.

Las investigaciones clínicas y psicopatológicas de grandes pensadores del tema como Pierre Janet, S. Freud, H. Ey y J. J. López Ibor o J. Lacan entre tantos otros, contribuyeron a conceptualizar esa presentación del acontecer humano que gira en torno a la experiencia de la angustia. La historia de los hoy llamados Trastornos de ansiedad está estrechamente vinculada al concepto clínico de neurosis.<sup>12</sup>

Pero, como en otros casos de la nomenclatura médica, el contenido original del término neurosis, no corresponde estrictamente al uso que hasta hace pocos años se ha hecho de tal denominación.

En el DSM-5, los trastornos por ansiedad incluyen: el Trastorno de ansiedad generalizada, el Trastorno de pánico con o sin la agorafobia, la Fobia social, la Fobia específica, el Trastorno obsesivo-compulsivo y el Trastorno por estrés post traumático. Llama la atención que esta ordenación, en sus aspectos fenoménicos esenciales, no ha variado en lo fundamental durante un siglo.

La gran diferencia con los conceptos de Freud, Janet, Ey y López Ibor, es la sorprendente eliminación de la histeria que aparece desguazada en su integridad psicopatológica en diversos capítulos del Manual bajo diversas categorías diagnósticas. La existencia de los psicofármacos vino a incidir sobre el síntoma angustioso y las investigaciones neurobiológicas exploran, hoy, las bases neurales de esa vivencia. Todo ello contribuye a expandir la polémica y a dejar abierta la comprensión clínica de esa manifestación de la conducta humana.

La historia de la psiquiatría, a través de sus textos, permite descubrir regularidades que han permanecido a través del tiempo como referencias sintomáticas estables que permitan orientar la investigación.

#### IV.1.1.2. Definición

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa conjuga o aflicción, inquietud o zozobra del ánimo, agitación. En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico.<sup>13</sup>

Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, de intranquilidad y desasosiego, pero cuando esta es muy severa puede llegar a paralizar a un sujeto, tornando muy dificultoso su accionar en la vida diaria, pudiendo llegar a transformarse en pánico.

Al vocablo ansiedad suele confundírsele o usársele como sinónimo de miedo pero, la ansiedad se diferencia del miedo, ya que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles.

Si bien, la ansiedad como el miedo poseen manifestaciones similares, pues, en ambos casos aparecen pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; razones, estas, por las cuales algunos estudiosos utilizan como sinónimos ambos términos; considerándolos mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie.<sup>14</sup>

La característica más interesante de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, del peligro o amenaza para el propio ser humano, confiriéndole, de esta manera un valor funcional importante; además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el humano desde su infancia.

Sin embargo, como ya se menciona, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional.

También suele utilizarse como sinónimo de la palabra ansiedad la de angustia, pero en este sentido existe una diferencia entre las mismas, ya que en la angustia predominan los síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización, de sobrecogimiento y la nitidez con la que el individuo capta el fenómeno se atenúa, mientras que en la ansiedad predominan los síntomas psíquicos, la sensación de ahogo y peligro inminente.

Se presenta una reacción de sobresalto, mayor intento de buscar soluciones eficaces para afrontar la amenaza que en el caso de la angustia, y, por último, el fenómeno es percibido con mayor nitidez. El uso indistinto de estos dos términos quizás se enfatizó dado que en el DSM-IV (M), el trastorno de ansiedad se denomina trastorno de angustia.



Resaltando, entre otras características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas; éste fue traducido al castellano del término inglés panic disorder.

De esta forma el término alemán Angst, empleado por Freud para referirse a un afecto negativo y una activación fisiológica desagradable, fue traducido al inglés como anxiety; pero en español tuvo un doble significado, ansiedad y angustia al igual que en francés. Con el surgimiento de diferentes escuelas y enfoques, ambos conceptos, de ansiedad y angustia, se han ido diferenciando, hoy en día, la psicología científica emplean particularmente el palabra ansiedad, mientras que las corrientes psicoanalíticas y humanistas usan con preferencia el término angustia.<sup>15</sup>

En el lapso de los últimos ciento cincuenta años se designo a la ansiedad en sus variadas manifestaciones, ya sea como crisis aguda o malestar crónico, con diferentes nombres, en los que se destacan los siguientes: Síndrome de Da Costa, Disfuncionalismo Cardíaco, Síndrome por Esfuerzo, Fatiga Nerviosa, Astenia, Corazón de soldado, etc., acentuando así, los estudiosos de esa época, los síntomas somáticos de la ansiedad.

Ya en el año 1769, el psiquiatra escocés Cullen en su Synopsis nosologiae methodicae se refería, a esta alteración, como una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía el sentido y el movimiento, mezclándose en ella desde síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la demencia y la manía.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), fue descrito, junto al síndrome pánico, por primera vez por Sigmund Freud, en 1895, con el nombre de Neurosis de Angustia; incluyendo en el cuadro clínico de la misma los siguientes síntomas:<sup>16</sup>

En sus estudios sobre la ansiedad, Freud, identifica elementos fenomenológicos y fisiológicos, aseverando que las distintas formas de neurosis están determinadas por la intensidad y el carácter que presentan, lo cual se debería al origen de la experiencia traumática y a la etapa de desarrollo psicosexual en la que se encuentre un sujeto.

Por lo cual, la ansiedad es, para el autor anteriormente mencionado, una característica esencial de la neurosis, una respuesta no realista ante la situación que es temida por el sujeto y que implica poco o ningún miedo real.

Es decir que dicha ansiedad neurótica actúa como una señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo, que se origina a raíz de las transformaciones producidas sobre la propia ansiedad objetiva.

La anterior situación se explica a partir del conjunto de unidades cerebrales (hipotálamo, hipocampo, amígdala e hipófisis) que conforman el sistema límbico, y las cuales se denominan núcleos cerebrales. Estas tienen la función de regular las emociones.<sup>17</sup>

Las investigaciones que se han estructurado en el área de la empatía han determinado que esta se encuentra determinada por el desarrollo del lóbulo frontal.

Asimismo, se ha concluido que los primates pueden llegar a compartir esta cualidad de los seres humanos, gracias a que presentan similitudes neuroanatómicas. Cabe resaltar que la evolución de dicho lóbulo depende de factores de neurogénesis.

#### IV.1.1.3. Epidemiología

Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50 por ciento, de 416 millones a 615 millones.<sup>18</sup>

Cerca de un 10.0 por ciento de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30.0 por ciento de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad.

#### IV.1.1.4. Causas

Se desconoce su etiología pero se relaciona a factores pero se relaciona a factores genéticos y a la alteración de la respuesta vegetativa y al aprendizaje.<sup>19</sup>

## Biológicas

Investigaciones genéticas revela que no hay un gen productor de ansiedad en ciertas situaciones, pero datos de locus cualitativos afirman que esto acontece en los cromosomas 1, 12 y 15 en estudios realizados en animales.

El sistema límbico está asociado a la ansiedad y acciona como mediador entre el tallo y la corteza cerebral. Conocido también como cerebro emocional formado por el tálamo, hipotálamo, hipocampo y las amígdalas.

Es el centro de integración de las emociones, el aprendizaje, la memoria, expresión de miedo, placer, sexualidad, sensación de ansiedad. Las mismas son responsables del cuadro clínico de la ansiedad.

La noradrenalina, acetilcolina, dopamina, serotonina, ácido gamma aminobutírico GABA, neurolépticos como la colecistoquinina CCK, somatostatina, sustancia Y.

La noradrenalina es producida en el locus ceruleus cuya materia prima es la tirosina en los núcleos reticulares laterales, tiene como función la vigilia, alerta, emoción para el sistema límbico por vía ascendente y descendente a la médula espinal. El 50.0 por ciento de las catecolaminas está representada por la dopamina

La serotonina se produce por el triptófano y manda la información nerviosa a través de 7 receptores hacia el núcleo de Raphe que controla parte del sistema límbico. Se halla incrementada en situaciones de ansiedad. Frena la actividad del GABA, tiene función cognitiva.

El GABA está grandemente extendido en el SNC, se produce en interneuronas inhibitorias por descarboxilación de ácido glutámico, reduce la respuesta del miedo y funciones del hipocampo mediante tres receptores A, B y C los cuales accionan sobre los ansiolíticos.

La acetilcolina necesaria para el control del sistema de vigilancia y asociación.

La somatostatina que tiene función en el comportamiento y reducción de la actividad motora.

Colecistoquinina como la CCK8 se relaciona con la respuesta de la ansiedad y liberación de prolactina.

## Ambiental

Estos elementos pueden cambiar la sensibilidad del cerebro de los individuos haciéndolos débiles a los trastornos de ansiedad. El pánico y la ansiedad en la adolescencia se familiarizan con el fumar por exposición continua a la nicotina, esta incrementa la ansiedad y antepone a dificultades respiratorias.

## Social

La vida social, relaciones interpersonales negativas provocan debilidad tanto biológica como psicológica dando problemas de ansiedad. A razón de esto la gran importancia de divorcios, problemas laborales, muerte de seres queridos, obligaciones sociales como el matrimonio, la procreación y destacar en los estudios.<sup>20</sup>

## Psicológicas

Freud dijo que la ansiedad es una respuesta psíquica al riesgo por un evento infantil atemorizante, debido al modelado y a formas tempranas de aprendizaje. En el adulto cuando pierden el control se hacen propensos a sufrir ansiedad.

### II.1.1.5. Clasificación de la ansiedad

Aunque hemos iniciado hablando de la ansiedad como trastorno afectivo, que como tal implica un mal funcionamiento de los procesos emocionales del individuo, y para comprender mejor la extensión de este concepto es necesario hacer una distinción fundamental, diferenciando la ansiedad clínica o patológica de la no clínica.<sup>21</sup>

#### Ansiedad no clínica

Dentro de este tipo de ansiedad se definen dos tipos: Ansiedad rasgo (neuroticismo). Es una condición del individuo que ejerce una influencia constante en su conducta, ante una situación determinada el individuo con mayor grado de este tipo de ansiedad está más expuesto a experimentarla.

Así la intensidad de sus respuestas emocionales está en función a las características de la situación y de su personalidad.

### Ansiedad-estado

Es la segunda forma de ansiedad no clínica, es una reacción emocional puntual suscitada por un contexto amenazante o una situación estresante, que tiene una duración limitada y que varía en intensidad, se caracteriza por diversas reacciones fisiológicas asociadas, que en su mayoría son desagradables. Sólo cuando ambas condiciones se manifiestan de manera persistente y especialmente intensa, perturbando el funcionamiento diario del individuo, pueden constituir una patología de ansiedad o ansiedad clínica.<sup>22</sup>

### Ansiedad patológica

Esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica, y conforma en algunos casos, cuadros sintomáticos que constituyen los denominados trastornos de ansiedad, y que tienen consecuencias negativas y muy desagradables para quienes lo padecen.<sup>22</sup>

Entre estos trastornos de ansiedad se encuentran las fobias, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, etc. La ansiedad patológica se vive como una sensación difusa de angustia o miedo y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento.

Esta ansiedad patológica es resultado de los problemas de diversos tipos a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de sus ideas interiorizadas acerca de sus problemas.

### Trastorno de pánico (o ataque de angustia)

El paciente experimenta crisis recurrentes de angustia que surgen espontáneamente, se trata de una ansiedad aguda y extrema en la que es frecuente que la persona que la padece crea que va a morir. Estos ataques repentinos de miedo intenso no tienen una causa directa.<sup>23</sup>

En ocasiones, los pacientes que sufren este trastorno desarrollan angustia, experimentan el próximo ataque, cuya ocurrencia no pueden prever; es la llamada ansiedad anticipatoria.

### Trastorno fóbico

Trastorno que tiene como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante un objeto específico, actividad o situación con la consecuente evitación del objeto temido. Por ejemplo, el miedo a volar, a los pájaros o a los espacios abiertos.

### Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Se trata de pensamientos o acciones no voluntarios que el paciente no puede dejar de pensar o hacer para no generar ansiedad.

En todo caso, el sujeto reconoce el carácter absurdo de sus pensamientos o acciones. Por ejemplo: lavarse las manos cada poco rato.

### Trastorno por estrés post-traumático

Se da en aquellos casos en los que se presentan secuelas psicológicas desagradables tras el impacto de un trauma emocional, una guerra, una violación, etc. Se caracteriza por los recuerdos persistentes del suceso traumático, un estado emocional con exaltada vigilancia y la reducción general de interés por los sucesos cotidianos.<sup>24</sup>

Los síntomas típicos de la ansiedad incluyen: Tensión, irritabilidad, preocupación, desesperación; insomnio, sueño inquieto, despertar fácil; rechinar de los dientes, dolor mandibular; incapacidad de mantenerse quieto en un sitio, incapacidad de pensar con claridad, disminución de la libido, las mujeres pueden experimentar aumento de los síntomas premenstruales y cambios en el ciclo menstrual, respiración acortada, frecuencia respiratoria y cardíaca aumentada, palpitaciones fuertes, nudo en la garganta, boca seca; tensión en el pecho, calambres intestinales, mareos, temblor del cuerpo; sensación de entumecimiento u hormigueo de las extremidades y contracción muscular.

A veces las crisis son tan severas que llevan a un ataque de pánico, produciendo síntomas físicos que pueden confundirse con otra enfermedad.

#### II.1.1.6. Factores de riesgo

Debe considerarse que cada persona reacciona de modo diferente al mismo estímulo o situación vivenciada. Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obliga a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que además, implican ciertos riesgos para la salud del mismo individuo.<sup>25</sup>

Los pacientes quirúrgicos manifiestan sentimientos de ansiedad relacionados generalmente a encontrarse en un entorno extraño, miedo a no despertar de la anestesia o a la pérdida de la función corporal o bien sentir dolor durante o después de la operación. Algunos síntomas deben alertar sobre la probable existencia de un cuadro de ansiedad preoperatoria anormal y/o mal tolerada son insomnio, pesadillas, cefaleas tensionales, náuseas, sensación de disnea u opresión precordial atípica entre otras.

Esta ansiedad puede desaparecer en el periodo posoperatorio, cuando el paciente recupera el estado de alerta y revalora que su entorno no presenta cambios importantes que le signifique modificación de sus hábitos de vida previos.<sup>26</sup>

Otros factores asociados a la ansiedad incluyen el tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario y la calidad de la atención médica proporcionada. Debido a esto es necesario evaluar y prevenir la ansiedad en todo paciente que va a ser sometido a algún procedimiento quirúrgico, para lo cual existen diversas escalas como las escalas de ansiedad de Taylor (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) o Hamilton, y, más recientemente, la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS), diseñada y utilizada por Moerman y colaboradores en 1996.<sup>27</sup>

#### Factores predisponentes

Factores biológicos (reacción física desproporcionada ante el estrés), algunos de ellos genéticos; factores de personalidad (estilo de vida, patrones de afrontamiento al estrés, estilos atribucionales); factores ambientales (aprendizaje, contextos, apoyos sociales entre otros).<sup>28</sup>

Genética Esto se deduce de los trastornos de pánico ya que la patología se observa con una incidencia aproximada de 30-40 por ciento de familiares de primer grado de sujetos afectados frente a un 2-4 por ciento de sujetos controles, siendo mayor riesgo si ambos progenitores padecen el trastorno.

#### Ansiedad de separación

Esto se presenta en algunos niños por temor a separarse de sus progenitores (más en la madre) y puede acompañarse de preocupaciones exageradas y constantes referentes a la ausencia física, con expectativas catastróficas y trastornos de conducta). Se ha comprobado que adultos con pánico y/o agorafobia es por mayor incidencia de ansiedad durante la infancia.

#### Personalidad

Las personas que se describen como preocupadas y nerviosas y que pierden el sueño ante cualquier contrariedad, aquellas personas con inadecuada capacidad de afrontamiento y baja asertividad, son las más predispuestas a desarrollar algunos trastornos de ansiedad.

#### Factores psicológicos

Situaciones o acontecimientos que son vividos como un peligro o un obstáculo para conseguir logros y estatus o planes de acción, o que limitan nuestra capacidad para alcanzarlos o mantenerlos. También consumo de estimulantes.

#### II.1.1.7. Manifestaciones clínicas

Síntomas físicos:<sup>29</sup>

Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.

Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.

Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.

Respiratorios: disnea.

Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.

Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.



Síntomas psicológicos y conductuales:

Preocupación, aprensión.

Sensación de agobio.

Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.

Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.

Irritabilidad, inquietud, desasosiego.

Conductas de evitación de determinadas situaciones.

Inhibición o bloqueo psicomotor.

Obsesiones o compulsiones.

Tipos de trastorno de ansiedad y criterios diagnósticos.

Tipos de trastorno de ansiedad:

Crisis de Pánico (Crisis de Angustia):

Agorafobia.

Trastorno de angustia sin agorafobia.

Trastorno de angustia con agorafobia.

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Fobia específica.

Fobia social.

Trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastorno por estrés postraumático.

Trastorno por estrés agudo.

Trastorno de ansiedad generalizada.

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

#### II.1.1.8. Criterios diagnósticos

Criterios para el diagnóstico de crisis de pánico o crisis de angustia.

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:<sup>30</sup>

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas

4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. opresión o malestar torácico
6. inestabilidad, mareo o desmayo
7. miedo a morir

#### Criterios para el diagnóstico de agorafobia

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características.

B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación.<sup>31</sup>

#### Criterios para el diagnóstico de trastorno de angustia sin agorafobia:

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
  - (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
  - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias.
  - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia.

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes

2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis.

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Criterios para el diagnóstico de agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).<sup>32</sup>

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio

A. Es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de fobia específica.

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).<sup>33</sup>

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente

estresante), trastorno de ansiedad por separación (p.ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.<sup>34</sup>

Tipos:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

Criterios para el diagnóstico de fobia social

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.<sup>35</sup>

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).<sup>36</sup>

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

Criterios para el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo.

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real

3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos

4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.<sup>37</sup>

2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:<sup>38</sup>

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas



5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:<sup>34</sup>

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. irritabilidad o ataques de ira

3. dificultades para concentrarse

4. hipervigilancia

5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés agudo.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:<sup>39</sup>

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
3. desrealización
4. despersonalización
5. amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ej, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.<sup>40</sup>

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

1. inquietud o impaciencia

2. fatigabilidad fácil

3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. irritabilidad

5. tensión muscular

6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos o padecer una enfermedad grave y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica).

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.<sup>41</sup>

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades. Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia. Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:<sup>42</sup>

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente

2. el consumo del medicamento está relacionado etimológicamente con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes).

Después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: si predomina una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades Con crisis de angustia: si predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: si predominan las obsesiones o las compulsiones.<sup>44</sup>

Con síntomas fóbicos: si predominan síntomas de carácter fóbico.

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación. De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.

#### Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad por separación

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.

2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.

3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermarse) cause la separación de una figura de gran apego.

4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.

5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.

6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.

7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados.

#### IV.1.1.9. Tratamiento

##### No farmacológico

Minimizar o no usar la cafeína y estimulantes del sistema nervioso central.<sup>45</sup>

Disminuir el uso del alcohol y sedantes e hipnóticos.

Hacer programas de ejercicios aeróbicos que duren más de 30 min.

Si es factible, comprometer al paciente en programas de salud mental local o en grupos de apoyo.

Emplear psicoterapias y técnicas de relajación como estrategias para el manejo de la misma.

Frente a un síndrome de hiperventilación con parestesia en boca y manos, mareos producto de la alcalosis respiratoria y la hipercapnia, es recomendable que el paciente inhale y exhale dentro de una bolsa de papel para regular el nivel de carbónico.

#### Tratamiento psicoterapéutico

Propiedad de la comunicación en el interrogatorio con el paciente ansioso.

La forma del psiquiatra o psicólogo debe ser terapéutica, empática, y que ayude a relajar al paciente.

Hay que motivar para que hable de sus miedos o preocupaciones.

Activar la autoestima del paciente.

Proyectar un aliento positivo.

Inculcar una postura emprendedora en donde el tenga la iniciativa de solucionar problemas.

Se determinara la gravedad del cuadro, le informaremos al paciente la génesis o etiología de sus síntomas, ayudándolo a entender que no va a perder la razón ni va a sufrir un infarto u otra complicación o problema.

No se notificara nunca que no tiene trastorno porque esto aumentaría su grado de ansiedad.

Se ejecuta un análisis y empleo de recursos familiares y sociales para ayudar al paciente.

Construir un plan de continuidad del tratamiento.

#### Terapias conductuales

En esta se asocia la función psíquica con los estímulos y reacciones. Basada en la examinación de estímulos que debían crear unas respuestas de acoplamiento deseado.

Según la terapia se utilizan 3 métodos:

Distensión.

Categorización de los síntomas.

Desensibilización ordenada en torno a la transformación responsable.

Fue ideada por Edmond Jacobson médico estadounidense en el 1964. Este consiste en la contracción fuertemente sostenida de los músculos del cuerpo en una duración de 10 seg seguida por una relajación de estos, conocido como distensión.

En la ejecución de este se agrupó el cuerpo en 13 áreas a distender de la siguiente forma:

Cara, cabeza

Cuello encaminado a la transformación responsable.

Hombros.

Tórax superior.

Brazos.

Antebrazos.

Tórax inferior.

Abdomen.

Pelvis.

Muslos.

Pantorrillas.

Pies.

### Terapia cognitiva

Explora en crecimiento responsable de una captación eficaz relacionada a las vivencias que determinan el sentir y la conducta vegetativa. Incluyendo los temas a evaluar como la detección del pensar de manera automática.<sup>46</sup>

La insuficiencia de lograr estos, exponer los padecimientos cognitivos, análisis lógico de las obligaciones para evadir sensación de culpa. Instrumentos usados son creatividad dinámica de confrontación a vivencias trastornadas, así también el asignar labores, métodos conductuales para relajarse.



## Terapias Psicodinámicas

Consiste en transportar a la actualidad la enseñanza de adecuada solución frente al ambiente externo en base a Sigmund Freud y su teoría del psicoanálisis. Así como puede ser el tratar de sostener que las vivencias del inicio de la vida, el fluir de las personas funcionan como patrones, el ambiente de inclusión o exclusión y sobre todo las experiencias vividas en etapas de no comunicación, son importantes en las percepciones que el individuo va a concebir de si y del mundo.

El peso emocional del pasado comprendido del temor y agresividad, se unen con algunas acciones mentales mediante las uniones neuronales lo que posibilita su bloqueo en el cerebro y sus estructuras.

## Tratamiento farmacológico

Las benzodiazepinas son psicofármacos que se emplean con frecuencia para el trastorno de ansiedad como ansiolítico y sedante. En caso de urgencias se usa benzodiazepinas de gran potencia como el clonazepan y el alprazolam que alivian rápidamente los síntomas.<sup>47</sup>

Alprazolam en dosis de 0.5 mg, administrado vía sublingual u oral es una buena elección se puede repetir a los 20min. También tenemos diazepam 5 a 10 mg, lorazepam 1 a 2 mg y cloracepatodipotásico de 5 a 10 mg.

La buspirona tiene ventajas relacionada con las benzodiazepinas

### IV.1.1.10. Adulto mayor

Los adultos mayores son un grupo etario que conforman personas mayores de los 65 años de edad, son una realidad importante porque en su voluntad se engloban todas las sabidurías. Son grandes porque han prolongado su existencia y contemplan con agrado las huellas marcadas en sus caminos.<sup>48</sup>

Existe grandeza en los adultos mayores porque han tenido carácter y fuerza de voluntad para la conquista de las cosas importantes y las no tan importantes, en un momento cuando la vida y el corazón son alimentados por la experiencia.

#### IV.1.1.11. Vejez y proceso de envejecimiento

La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte. El envejecimiento es parte del continuo del hombre en el ciclo vital, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar sólo algunas características.<sup>49</sup>

En cualquier organismo que se estudie el envejecimiento, se puede decir que se presentan las algunas características vitales y que estas ocurren en el organismo a tres niveles:

- Estructura: cambios anatómicos, estatura, posición del cuerpo, opacidad de los huesos, entre otros.

- Función: cambios en la actividad del organismo y cambios en la conducta. Ejemplo: en la marcha, en el humor, entre otros.

- Substrato: alteraciones moleculares. Ejemplo: glucemia.

#### IV.1.1.12. Cambios fisiológicos en el adulto mayor

##### Cambios biológicos y físicos

La involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, tisulares y celulares afecta a todo el organismo, aunque su progresión no es uniforme.<sup>50</sup>

Células: Disminución del número de células, atrofia celular, disminución de la capacidad de regeneración celular, sustitución de células (miocitos, nefronas, neuronas) por tejido de sostén (colágeno, fibrina, grasa), disminución del agua intracelular, entre otros. Estos cambios conllevan a una disminución del peso y tamaño de los órganos y a una disminución de su función

Estroma: Aumento de grasa y disminución del agua corporal, disminución del N° de fibroblastos, aumento de cantidad y rigidez del colágeno, calcificación y/o fragmentación de la elastina, depósito de lipofuscina (pigmento de la vejez).

Estos cambios vuelven a los órganos más rígidos, produciéndose una alteración en el aporte de sangre y por ende en la transferencia de oxígeno, nutrientes y sustancias de desecho.

## Envejecimiento en la piel y anejos cutáneos

El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce:

- Alteración de la permeabilidad cutánea,
- Disminución de las reacciones inflamatorias de la piel,
- Disminución de la respuesta inmunológica,
- Trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización,
- Pérdida de elasticidad de los tejidos,
- Percepción sensorial disminuida,
- Disminución de la producción de la vitamina D,
- Palidez,
- Velocidad de crecimiento disminuida.

Desde el punto de vista estructural:

- En la Epidermis hay variaciones en el tamaño, forma y propiedades de las células basales, disminución de melanocitos y células de Langerhans y aplanamiento de la unión dermoepidérmica.
- En la Dermis existe una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina.
- En la Hipodermis hay un descenso del número y atrofia de las glándulas sudoríparas.

### El cabello

- Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso.

- Pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica) en los varones. También puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro , hipotiroidismo.

- Hay un aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales .

### Las uñas

El crecimiento continúa, suelen ser más duras, espesas, Pueden aparecer estrías por alteración de la matriz ungueal.

### Envejecimiento óseo

- Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25 por ciento y el hombre un 12 por ciento, este proceso se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio y la pérdida por trastornos endocrinos. Esto propicia las fracturas en el adulto mayor.<sup>51</sup>

- Existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales.
- Aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax.
- En los miembros inferiores los puntos articulares presentan desgastes y se desplaza el triángulo de sustentación corporal

### Envejecimiento articular

- Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y las superficies de la articulación entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos.<sup>52</sup>
- En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso.

### Musculatura

- La pérdida de fuerza es la causa principal del envejecimiento, hay un descenso de la masa muscular, pero no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo.
- Hay una disminución de la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción.

### Sistema Cardio-circulatorio

- El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen. También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos.

- El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. También existe un aumento de tamaño de los miocitos.

- Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata, ello no es atribuible al proceso ateroscleroso, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio. Aparecen rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad. También se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y una disminución de la red vascular.<sup>15</sup>

#### Cambios en la Función cardiovascular

- Existe enlentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo.

- Puede existir un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular.

- La hemodinámica está alterada; no se debe por la insuficiencia del fuele aórtico, sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular, provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo, fuerza y un aumento de la presión arterial.

- También el desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación.

- El gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta.

- Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.

#### Sistema Respiratorio

- El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa

- Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, como la pulmonar.

Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial. Existe una disminución del número de alveolos y eso provoca dilatación en los bronquiolos y conductos alveolares. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares interalveolares con una disminución del  $PO_2$ , afectando a la ventilación pulmonar y difusión alveolo capilar.<sup>53</sup>

- La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro antero-posterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral.

- Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los adultos mayores son más vulnerables a la reducción de los niveles de oxígeno.

Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a la propensión a la neumonía, también existe una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

#### Aparato digestivo

- No hay grandes cambios a nivel anatómico, tan solamente la reaparición del epitelio columna en la parte inferior del esófago, la aparición de varicosidades y engrosamiento de la túnica del colón.<sup>54</sup>

- Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, la reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica, la disminución de CIH generan en el adulto mayor dificultades. También la disminución del tamaño, funcionalidad del hígado, la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades.

- Existe pérdida de piezas dentarias que dificultan la masticación y la disminución en la producción de saliva, contribuyen a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa.

- En el colon existe atrofia e insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

#### Sistema Genitourinario

- El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical, el número de glomérulos disminuye.
- En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples.
- Existe alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, estas son más intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados.
- El flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1.200 ml/minuto a 800 ml/minuto, se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vasoespasmo.
- También hay una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina el riñón. Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual.
- Los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, pérdida de secreción, facilitándose las infecciones.
- En la mujer disminuyen de tamaño y los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal.
- En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata.

#### Sistema endocrino

La secreción hormonal disminuye con la edad por dos motivos:

El descenso de la producción hormonal y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas.

- Hay una disminución a la tolerancia de glucosa.
- En la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.

#### Sistema Inmunitario

Las enfermedades infecciosas en individuos de edad avanzada tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección.

La involución del Timo (el timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad: proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación). La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica. Existe una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacciones de hipersensibilidad tardía.<sup>55</sup>

También existe depresión de la inmunidad celular y suelen deberse a defectos de los linfocitos T asociados con la edad.

También el reflejo tusígeno está disminuido por lo que se predispone a la infección respiratoria. Existe una disminución de la producción de los anticuerpos.

#### Envejecimiento del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos

Las células del sistema nervioso no se pueden reproducir, y con la edad disminuyen su número. El grado de pérdida varía en las distintas partes del cerebro, algunas áreas son resistentes a la pérdida (como el tronco encefálico). Una modificación importante es el depósito del pigmento del envejecimiento lipofuscina en las células nerviosas, y el depósito sustancia amiloide en las células.<sup>56</sup>

Existen mecanismos compensadores que se ponen de manifiesto cuando existe una lesión, estos son menores. El cerebro pierde tamaño y peso, se pierde tono al perder neuronas y existe un enlentecimiento de los movimientos.

A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, dolorosa) y aparece el temblor senil.

#### Órganos de los sentidos en el envejecimiento

En la vista: la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad. Existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina, lubricante para el movimiento del ojo, esto causa la queratinitis seca.



La conjuntiva también puede manifestar metaplasia e hiperplasia, que conduce a la acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea.

En la esclerótica se depositan depósitos de sales de calcio y colesterol, esto se denomina arco senil. Con la edad la pupila tiende a hacerse más pequeña, reacciona de forma más perezosa a la luz y se dilata más lentamente en la oscuridad y experimentan de dificultad cuando pasan de un ambiente luminoso a otro más oscuro.

Hay un agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbicia). La secreción lacrimal disminuye la cantidad y la calidad.

En el oído: existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo.

Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartílago. La membrana timpánica está engrosada. Hay una proliferación de pelos en el oído y el acúmulo de cerumen en el oído.

El gusto y el olfato suele estar disminuido por la disminución de papilas gustativas, atrofia de la lengua y el nervio olfatorio se degenera.

El tacto suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profundas.

### Cambios psíquicos

Se va produciendo un envejecimiento en las capacidades intelectuales. A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales que se va acelerando con la vejez. En la vejez hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas, esta se acompaña de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas.<sup>57</sup>

La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria y suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo. El carácter y personalidad no suelen alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

## **V. VARIABLES**

Independiente

Ansiedad en adultos mayores

Dependientes

1. Edad
2. Sexo
3. Escolaridad
4. Estado civil.
5. Síntomas cognitivo

## VI. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Ansiedad	emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno	Leve Moderada Grave	Nominal
Edad	tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ingreso al centro hospitalario	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Estado genotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	Masculino Femenino	Nominal
Escolaridad	Grado escolar alcanzado por una persona	Analfabeto Básico Medio Superior	Nominal
Estado civil	Relación marital que tiene la persona frente a la sociedad	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado	Nominal
Escala de Beck	Herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos	Porcentaje que mide la escala	Ordinal

## **VII. MATERIAL Y METODOS**

### **VII.1. Tipo de Estudio**

Se realizó un estudio descriptivo, Transversal de carácter prospectivo, el cual tiene como objetivo de determinar los niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al adulto mayor, 2020-2021.

### **VI.2. Ámbito de estudio**

Esta investigación fue realizada en la Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor (FUNDAPROAM), Av. España, No. 42, Villa Duarte, Santo Domingo Este, Rep.Dom., 2020-2021.

### **VII.3. Universo**

El universo estuvo conformado por 80 adultos mayores asistidos en la Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020 - 2021

### **VII.4. Muestra**

Se tomó una muestra de manera aleatoria simple conformada por 25 envejecientes asistidos en la Fundación Dominicana de Protección al adulto mayor, 2020 – 2021, lo que corresponde a un 31.2 por ciento del universo.

### **VII.5. Criterios**

#### **VII.5.1. De inclusión**

Adultos Mayores pertenecientes a esta fundación.

Adultos Mayores que asisten en este periodo de la muestra de investigación.

Pacientes de Nacionalidad Dominicana.

#### **VII.5.2. De exclusión**

Envejecientes o adultos mayores no capacitados para expresar o contestar dicha encuesta.

#### VII.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se diseñó un formulario, el cual fue aplicado a modo de entrevista a adultos mayores, de forma personalizada a cada uno, en un formato de 8 1/2 x 11 y contiene 21 preguntas (Test de Beck), de selección múltiples por edad de dichos encuestados. Cada entrevista tendrá una duración de 20 minutos.

#### VII.7. Procedimiento

Después de ser aprobado nuestro anteproyecto por la unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), se procedió a someter al encargado de dicha fundación para su revisión y posterior aprobación. Se revisaron los expedientes de lugar en fundación para la elección de dichos Adultos Mayores captados según los criterios de inclusión.

#### VII.8. Tabulación

Las operaciones de tabulación de la información obtenidas fueron procesadas en el programa de computadoras digital: EPI-INFO-7.2

#### VII.9. Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados en frecuencia simple.

#### VII.10. Principios éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las informativas éticas internacionales incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki<sup>58</sup> y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.<sup>59</sup> El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del comité de la universidad a través de la Escuela de Medicina y de la Coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad, la identidad contenida en los expedientes clínicos. Finalmente toda la información incluida en el texto del presente estudio, tomada en otros autores fue justificada por su llamada correspondiente.

## VIII. RESULTADOS

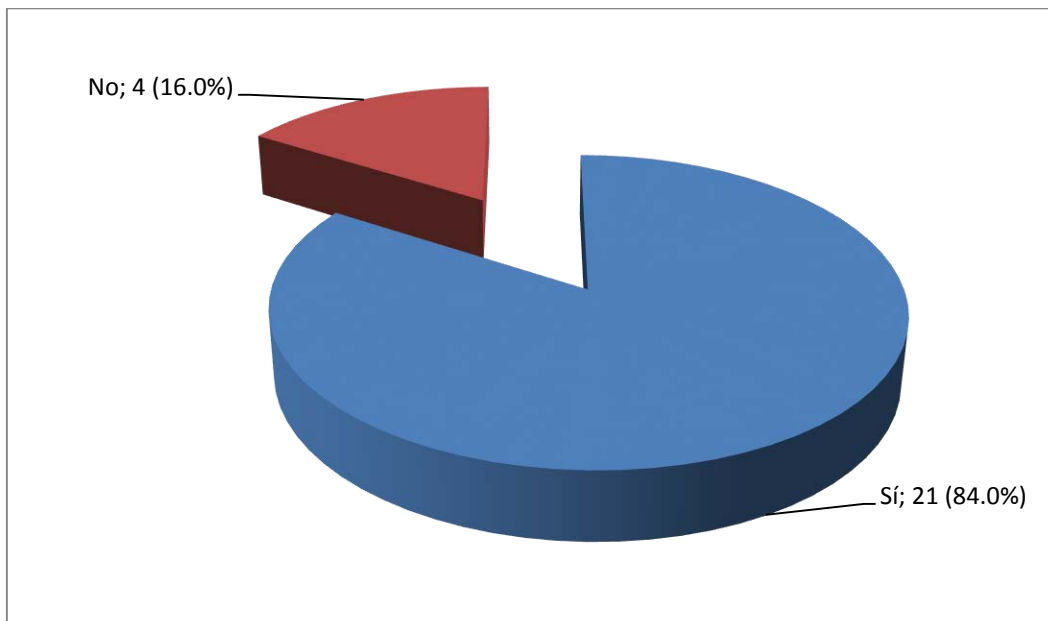
Cuadro1. Frecuencia de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por Coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.

Ansiedad	Frecuencia	%
Sí	21	84.0
No	4	16.0
Total	25	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en adulto mayor.

Se evidenció que el 84.0 por ciento de los adultos mayores presentaron algún grado de ansiedad, mientras que un 16 por ciento no lo presentó

Gráfico 1. Frecuencia de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por Coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.



Fuente: Cuadro 1

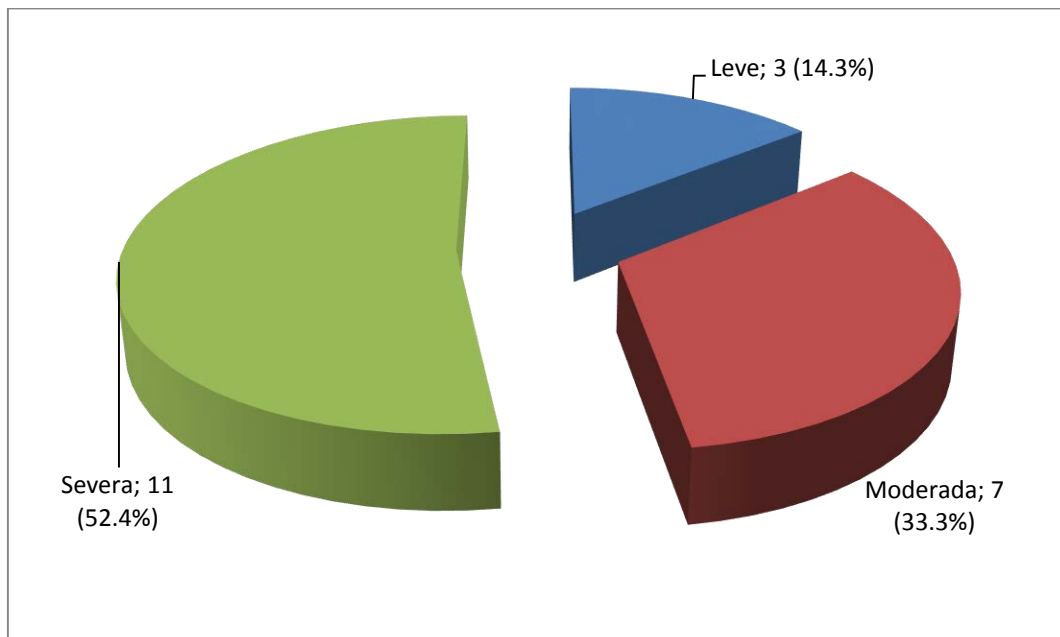
Cuadro 2. Niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.

Ansiedad	Frecuencia	%
Leve	3	14.3
Moderada	7	33.3
Severa	11	52.4
Total	21	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en adulto mayor.

Se observó que un 52.4 por ciento de los adultos mayores presentaron ansiedad severa, un 33.3 por ciento moderada y el 14.3 por ciento leve.

Gráfico 2. Niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.



Fuente: Cuadro 2



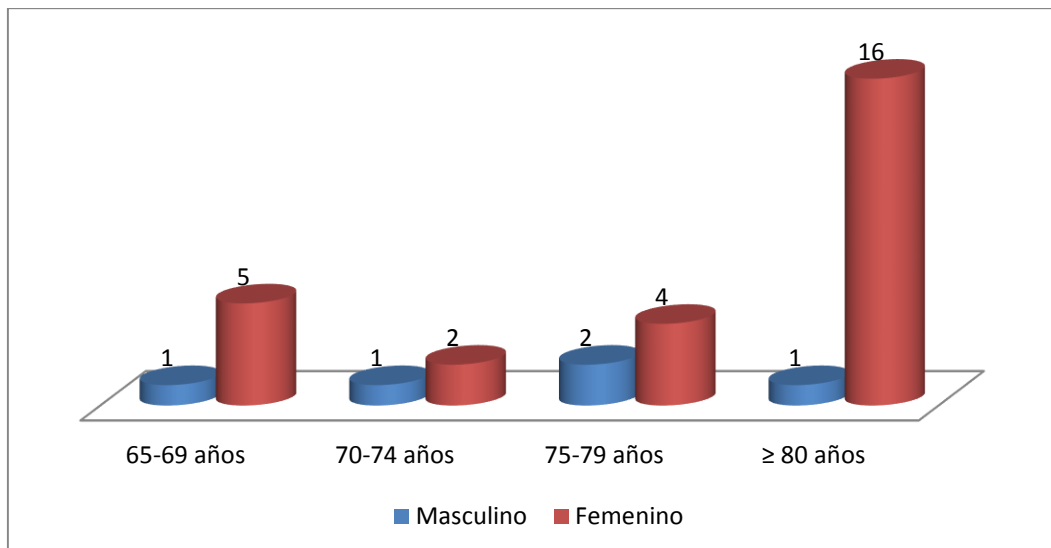
Cuadro 3. Edad y sexo de adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
65 – 69	1	4.0	5	96.0	6	28.6
70 – 74	1	33.3	2	66.7	3	14.4
75 – 79	2	33.3	4	66.7	6	28.6
≥ 80	1	16.7	5	83.3	6	28.6
Total	5	23.8	16	76.2	21	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en adulto mayor.

Se encontró que el 76.2 por ciento de los adultos mayores con ansiedad correspondieron al sexo femenino, mientras que un 28.6 por ciento se hallaron entre 65-69; 75-79 y mayores de 80 años respectivamente.

Gráfico 3. Edad y sexo de adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.



Fuente: Cuadro 3

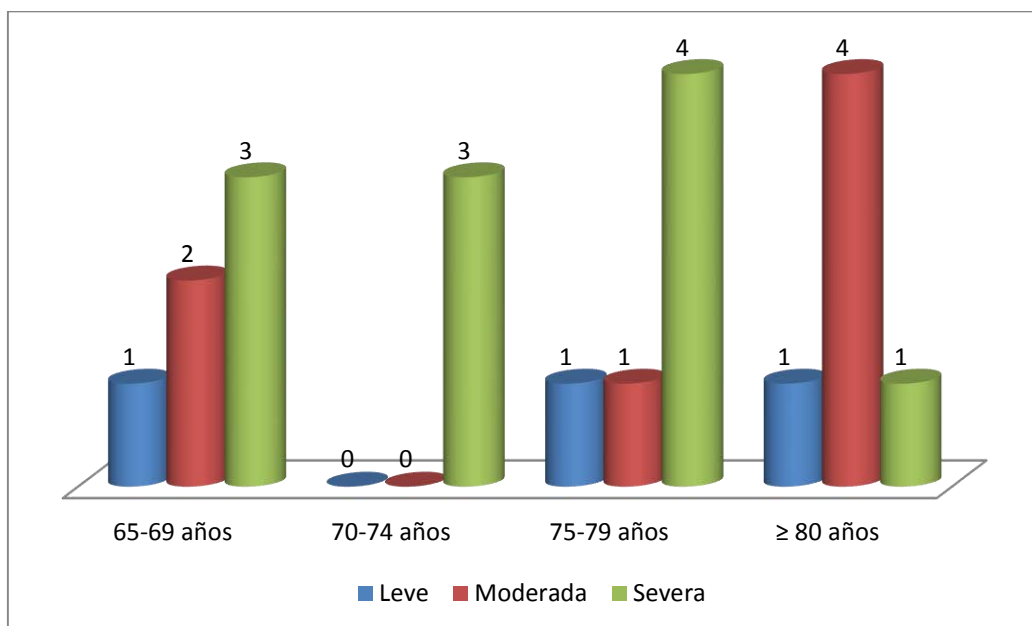
Cuadro 4. Edad y niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.

Edad (años)	Ansiedad						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
65 – 69	1	16.7	2	33.3	3	50.0	6	28.6
70 – 74	0	0.0	0	0.0	3	100.0	3	14.3
75 – 79	1	16.7	1	16.7	4	66.7	6	28.6
≥ 80	1	16.7	4	66.7	1	16.7	6	28.6
Total	33	14.3	7	33.3	11	52.4	25	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en adulto mayor.

Se encontró que del 52.4 por ciento de los adultos mayores con ansiedad severa, el 100.0 por ciento estaban comprendidos entre 70-74 años y un 66.7 por ciento se hallaron de 75-79 años.

Gráfico 4. Edad y niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.



Fuente: Cuadro 4

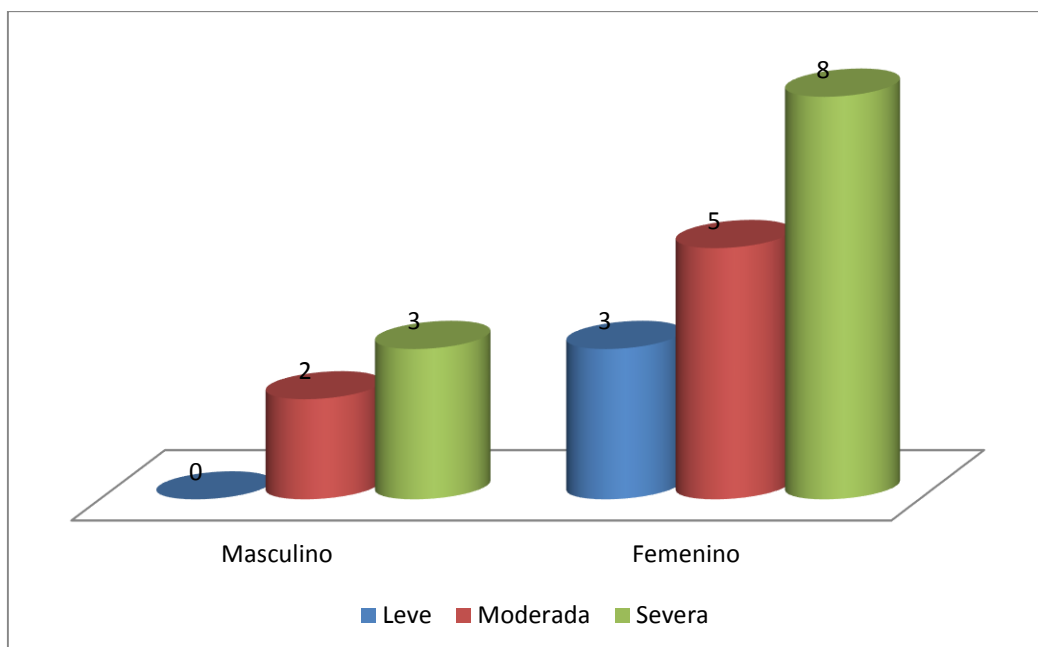
Cuadro 5. Sexo y niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.

Sexo	Ansiedad						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Masculino	0	0.0	2	40.0	3	60.0	5	23.8
Femenino	3	18.7	5	31.3	8	50.0	16	76.2
Total	3	14.3	7	33.3	11	52.4	25	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en adulto mayor.

Se encontró que de los 16 adultos mayores correspondientes al sexo femenino, el 18.7 por ciento presentó ansiedad leve, un 31.3 por ciento moderada y el 50 por ciento severa.

Gráfico 5. Sexo y niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.



Fuente: Cuadro 5

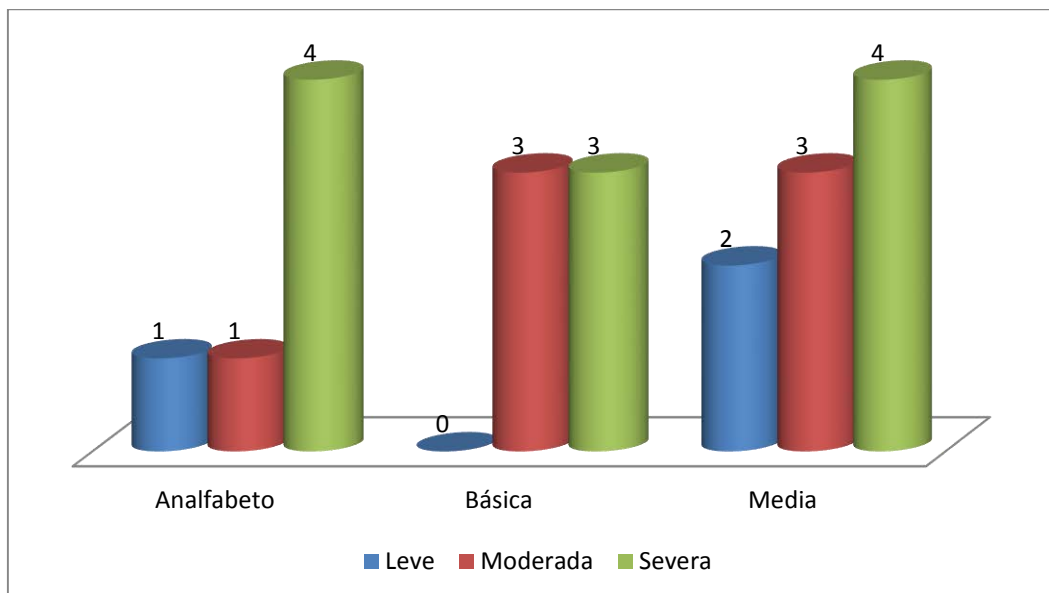
Cuadro 6. Escolaridad y niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.

Escolaridad	Ansiedad						Total	
	Leve		Moderada		Severa		Fc.	%
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%		
Analfabeto	1	16.7	1	16.7	4	66.6	6	28.6
Básica	0	0.0	3	50.0	3	50.0	6	28.6
Media	2	22.2	3	33.3	4	44.5	9	42.8
Total	33	14.3	7	33.3	11	52.4	25	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en adulto mayor.

Se evidenció que de los 9 adultos mayores con nivel de escolaridad media, un 22.2 por ciento presentó ansiedad leve, el 33.3 por ciento moderada y un 44.5 por ciento severa.

Gráfico 6. Escolaridad y niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.



Fuente: Cuadro 6

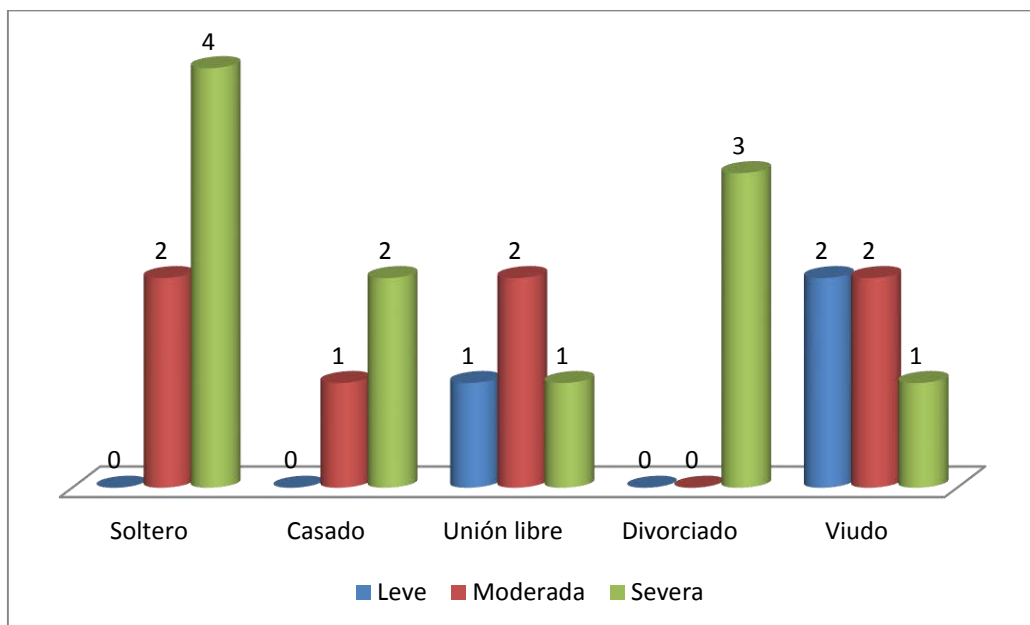
Cuadro 7. Estado civil y niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.

Estado Civil	Ansiedad						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Soltero	0	0.0	2	33.3	4	66.7	6	28.6
Casado	0	0.0	1	33.3	2	66.7	3	14.3
Unión libre	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	19.0
Divorciado	0	0.0	0	0.0	3	100.0	3	14.3
Viudo	2	40.0	2	40.0	1	20.0	5	23.8
Total	33	14.3	7	33.3	11	52.4	25	100.0

Fuente: Encuesta aplicada en adulto mayor.

Se observó que de los 6 adultos mayores soltero, el 33.3 por ciento presentó ansiedad moderada y un 66.7 por ciento severa.

Gráfico 7. Estado civil y niveles de ansiedad en adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19). Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, 2020-2021.



Fuente: Cuadro 7

## IX. DISCUSIÓN

Durante Los años 2020-2021 fueron encuestados un total de 25 adultos mayores en tiempos de pandemia por coronavirus (Covid-19) en la Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor, con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad, observándose que 21 de ellos la presentaron, para un 84.0 por ciento. Hallazgo superior al reportado por Sotomayor, en su estudio sobre el impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia Covid-19, El Oro, Ecuador, 2020, quienes encontraron una frecuencia de 43.0 por ciento. González *et al*, en su investigación acerca de las preocupaciones sobre COVID-19 en una muestra de adultos mayores en el estado de México en el 2019, reportaron que el 35.6 por ciento presentó niveles de ansiedad.

En la investigación se observa que más de la mitad de los adultos mayores presentan niveles de ansiedad de forma severa, y un 33.3 por ciento de forma moderada. Estos hallazgos plantean que los adultos mayores analizados presentan niveles de ansiedad entre severa y moderada, lo cual pueden estar proclives a problemas como la depresión o a sufrir estados llamados de soledad por ello es importante estudiar los factores que los llevan a estos sucesos, en esto coincide Carreira en la investigación Ansiedad en las personas mayores de 50 años que concluye que la prevalencia de ansiedad a lo largo del ciclo vital es frecuente en las personas mayores de 50 años y debe ser tomada en cuenta, especialmente en la población femenina y en aquella con enfermedades crónicas.

Al analizar la edad, se evidenció que todos los grupos estuvieron afectados, observándose que los mayores porcentajes estuvieron representados por los de 65-69; 75-79 y los mayores de 80 años con un 28.6 por ciento respectivamente. Así mismo, en la distribución de género, dentro del grupo de la muestra obtenida, se pudo determinar que el 472.6 por ciento de los pacientes son de sexo femenino, siendo el restante 23.8 por ciento del sexo Masculino, estableciendo así que existe una diferencia estadísticamente significativa; dando la pauta que el factor género no es determinante para establecer la presencia de ansiedad, ya que en ambos sexos el factor común de ansiedad fue mínimo. Señala Atehortúa en su estudio sobre la ansiedad en estudiantes de primer semestre de Psicología de la Universidad de Antioquia

Sede Yaruma en el 2015, que desde el punto de vista psicosociocultural es oportuno señalar que, pese a las conquistas realizadas en materia de igualdad intergéneros, las mujeres continúan soportando situaciones desventajosas cuando se las compara con sus compañeros varones, lo que las hace más vulnerables a ciertos problemas de salud mental.

En cuanto a la escolaridad, se halló que había una diferencia significativa entre los grados de escolaridad y el riesgo de ansiedad, siendo este mayor en el subgrupo de pacientes sin educación o con estudios básicos de primaria. Resultado que está en concordancia con lo que otras investigaciones como la realizada por Callís, *et al*, sobre las manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19, en el 2020 y la llevada a cabo por Vega, *et al*, sobre la salud de las personas adultas mayores durante la Pandemia de COVID-19 en el 2020, quienes han identificados como grupo vulnerable para este tipo de riesgo a pacientes sin educación o educación baja.

De acuerdo con el estado civil, se evidenció que los solteros, con un 28.6 por ciento y los viudo, para un 23.8 por ciento fueron los grupos más afectados por la ansiedad. No pudiéndose hacer comparaciones con antecedentes, pues no se encontraron estudios que asociaran estas variables

## **X. CONCLUSIONES**

1. La frecuencia de ansiedad durante la pandemia ocasionada por el COVID-19 en la población adulta mayor se sitúa en el 84.0 por ciento.
2. Un 52.4 por ciento de los adultos mayores presentaron ansiedad severa, un 33.3 por ciento moderada y el 14.3 por ciento leve.
3. El 76.2 por ciento de los adultos mayores con ansiedad correspondieron al sexo femenino, mientras que un 28.6 por ciento se hallaron entre 65-69; 75-79 y mayores de 80 años respectivamente.
4. Del 52.4 por ciento de los adultos mayores con ansiedad severa, el 100.0 por ciento estaban comprendidos entre 70.74 años y un 66.7 por ciento se hallaron de 75-79 años.
5. De los 16 adultos mayores correspondientes al sexo femenino, el 18.7 por ciento presentó ansiedad leve, un 31.3 por ciento moderada y el 50 por ciento severa.
6. De los 9 adultos mayores con nivel de escolaridad media, un 22.2 por ciento presentó ansiedad leve, el 33.3 por ciento moderada y un 44.5 por ciento severa.
7. De los 6 adultos mayores soltero, el 33.3 por ciento presentó ansiedad moderada y un 66.7 por ciento severa.



## **XI. RECOMENDACIONES**

Al Estado Dominicano

1. Implementar políticas públicas y programas dirigidos hacia las familias y personas afectadas por el COVID-19, que promuevan el fortalecimiento del vínculo afectivo.

A la Fundación Dominicana de Protección al Adulto Mayor.

2. Esta población necesita de acompañamiento psicológico, por lo menos 2 veces en el mes, para reducir y controlar el incremento de sentimientos de tristeza, de igual manera se recomienda usar un enfoque de dinámica grupal, ya que esta manera de intervención generará más de un beneficio en sus vidas cotidianas, fortaleciendo y aumentando sus relaciones significativas.
3. procurar generar líneas de autocuidado y manejo emocional durante la vivencia de la pandemia, usando medios virtuales, pues la situación actual genera efectos emocionales, que requieren intervención
4. Capacitar a los familiares de los adultos mayores acerca de estrategias que favorezcan a la adaptación del adulto mayor a la nueva normalidad, es de vital importancia

## XII. REFERENCIAS

1. Callís S, Guarton O, Cruz V, Armas A. Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. CENCOMED. 2020:12-18.
2. Vega J. Ruvalcaba J. Hernández I, Acuña M, López, L. La Salud de las Personas Adultas Mayores durante la Pandemia de COVID-19. Journal. 2020:1-6.
3. Tito S, Buendía P, Sánchez P. Envejecer y ser persona adulta mayor en época de la COVID-19 Envejecer y ser persona adulta mayor en época de la COVID-19. 2020;1(05):1–5
4. Sotomayor A, Espinos L, Rodríguez J, Campoverde M. Impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia Covid-19, El Oro Ecuador. Ecuador, 2020:362-379.
5. González A, Toledo A, Romo H, Reyes E. Factores sociodemográficos (sexo y edad) y condiciones médicas (diabetes e hipertensión) sobre la salud mental y las preocupaciones sobre COVID-19 en una muestra de adultos mayores en el estado de México en el 2019. México, 2020;23-25.
6. Lincango E. Niveles de depresión y confinamiento por emergencia sanitaria en un grupo de adultos mayores residentes en una parroquia de Quito, Ecuador, posterior a la semaforización entre enero-abril, 2020. Ecuador, 2020:15-17.
8. Atehortúa L, López J. Ansiedad en estudiantes de primer semestre de Psicología de la Universidad de Antioquia Sede Yaruma. Tesis de grado, Antioquía, 2015:19-22.
9. Pimienta C, Chacón T, Díaz G. Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. Investigación en Educación Médica, 2016;5(20):230-237
10. Barlow, D. y Durand, V. Trastornos de ansiedad. En D. Barlow y V. Durand, Psicología Anormal. Un enfoque integral, México: Thomson, 2018:127-174.
11. Rodríguez A, Dapía, López A. Ansiedad ante los exámenes en alumnado de Educación Secundaria Obligatoria. Est Psico Educ, 2014;1(2):132-140

12. Yepes LE, Tellez -Vargas JE, Alarcón R. Avances. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. 2009:234-236.
13. Barlow, D. y Durand, V. Trastornos de ansiedad. En D. Barlow y V. Durand, Psicología Anormal. Un enfoque integral, México: Thomson, 2015:127-174.
14. Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P. Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología. Ed. Masson. Barcelona, 2013:345-347.
15. Conde V, Franch JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Laboratorios Upjohn, 2014:456-460.
16. García Z, Cano A, Herrera S. Estudio comparativo de ansiedad entre muestras de estudiantes dominicanos y españoles. Escritos de Psicología, 2014;7(3):16.
17. Sebastian J, Díaz W, Zúñiga L. Correlación funcional del sistema límbico con la emoción, el aprendizaje y la memoria. Morfolia, 2015;7(2):29-44.
18. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de psiquiatría. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. VII edición. Cap. 16: Trastornos de la ansiedad; 2014:588-597.
19. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. Acta bioeth, 2016;22(1):1-6.
20. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. Anales de Salud Mental. 2015;(1):1-5.
21. Khon R, Rodríguez J. Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. OPS. 2013:19-23.
22. McGlynn T, Metcalf H (Editores). Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: Manual para el Médico. 2018:111-113.
23. Salin R. Bases Bioquímicas y Farmacológicas de la Neuropsiquiatría. México, 2015:345-348.
24. Vallejo J. Introducción a la Psiquiatría. 12ª ed. Editorial Científico-Médica. Barcelona. 2015:561-563.

25. Yepes L, Tellez J, Alarcón R. Avances. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. 2015:234-236.
26. Vallejo J. Introducción a la Psiquiatría. 12ª ed. Editorial Científico-Médica. Barcelona. 2015:561-563.
27. American Psychiatric Publishing. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 2014.
28. Novas W. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica 2012;LXIX (604) 497-507.
29. Arce L., Toro C., Díaz C. Variación del nivel de ansiedad durante evaluaciones académicas realizadas a estudiantes de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres – filial norte. Junio – Julio, 2013. Rev. Cuerpo Méd. 2017];7(2): 23-27.
30. Jiménez L, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. Síntomas de depresión. Ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015 [Citado 22-05-2020];53(1):20-28.
31. Barraza R., Muñoz N, Alfaro M, Álvarez A, Araya V. Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. Rev. Chil. neuro-psiquiatr, 2017];53(4):251-260.
32. Mascarúa E, Vázquez E, Córdova J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. Atenc. Faml, 2017;21(2): 55-57.
33. Herrero H, Caserío S, Morante M, Montero M, De La Cruz J, Pallas C. Estudio de los niveles de ansiedad en los profesionales de una unidad neonatal. Anales de Pediatría. [Internet]. Julio 2012[Citado 22-05-2020];77(1): 22-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.11.019>
34. Castillo Pimienta C, Chacón de la Cruz T, Díaz-Véliz G. Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. Investigación en Educación Médica. [Internet]. Oct-Dic. 2016[Citado 22-05-2017];5(20): 230-237.

35. García E, Rosa A, Olivares P. Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual e Internet en el Trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una Revisión Cualitativa. *Terapia psicológica* 2011 Santiago dic. 2011;29(2):233-243.
36. Georgina C., Cristina B., Rosa B., Soledad Q., Ximena D., Rosa G. Validación transcultural de intervenciones clínicas basadas en la evidencia para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2014;19(3):185-196.
37. González M, Cubas R, León A. Adaptación española de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre: procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Catalogo de revistas, Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana*. 2014;16(2):1-6.
38. Huarca J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2020;37(2):327-334.
39. Gómez A. Trastornos de ansiedad: agorafobia y crisis de pánico. *Farmacia profesional*, 2012;26(6):32-39.
40. Caballero C, Campo A. Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. Santa Marta: Universidad del Magdalena. *Revista Duazary*. 2020;17(3):1-6.
41. Macaya X, Pihan R, Vicente B. Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 2018;18(2):338-355.
42. Quezada V (2020). Miedo y psicopatología la amenaza que oculta el Covid-19. *Cuadernos de neuropsicología*. 2020;14(1):13-18.
43. Ramírez J, Castro D, Lerma C, Lerma Y, Escobar F. Consecuencias de la pandemia Covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Scielo*. 2020:1-21.
44. San Martín P. Efectos del aislamiento social y la cuarentena sobre el bienestar subjetivo de los chilenos durante el brote de COVID-19. *Scielo*, 2020:1-10.
45. Orozco Y. Nivel de ansiedad en pacientes adultos que se encuentran en la sala de espera de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 2018:7-12.

46. Oblitas L. Psicología de la salud: ansiedad. 6ta ed. México: learning. 2018: 176-194.
47. Domínguez J, López A, Blanco A. Evaluación de la ansiedad ante la muerte en adultos mayores Ourensanos. Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, 2017;1(14), 87-90.
48. Yamamoto J, Sarmiento A, García M, Gómez L. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterología y Hepatología. 2018;41(8):477-482.
49. Álvarez S. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009:166-173.
50. Carnevali DL. Tratado de Enfermería Geriátrica. 6ta ed., Interamericana McGraw-Hill. México. 2018:78-83.
51. Cruz, R. Psicología del envejecimiento. La habana: editorial Científico-Técnica. 2017:151-161.
52. Fernández A. Manual de especialización para gerocultores y auxiliares geriátricos, síndromes geriátricos, editorial caritas españolas, 2017:269-278.
53. Flores JA. Envejecimiento, personalidad y deterioro cognitivo. Barcelona: Edika Med, 2018:4-15
54. García E. Modificaciones corporales, estructurales y funcionales asociadas al envejecimiento. Medicine 2016;6:38-42
55. Giardino R. cognitivo conductual, gestal, trastornos y patología de la vejez. 2017:34-40.
56. Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Cubana Enfermer. 2015;21(3):21-26.
57. Rocabruno. MJC. Prieto JC Gerontología y Geriatria clínica. Editorial Ciencias Médicas, 2ª edición La Habana, 2009:45-50.
58. Staab S.A y Hodges LC. Enfermería Gerontológica; México, D.F., Editorial Interamericana McGraw-Hill, quinta edición, 2017:40-48.
59. Manzin JL. Declaración del Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica, 2015;VI(2);321.

60. International Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Génova, 2017.

### XIII. ANEXOS

#### XIII.1. Cronograma

Actividades	2021						
	enero	febrero	marzo	abril	Mayo	junio	julio
Delimitación del objeto de estudio	XX						
Diseño de anteproyecto		XX					
Entrega de anteproyecto		XX	XX				
Recolección de la información				XXXX	XXX		
Procesamiento y análisis de la información					XX		
Trascrición y encuadernación						XX	
Entrega de tesis							XX



### XIII.2. Instrumento de recolección de datos

#### NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR CORONAVIRUS (COVID-19). FUNDACIÓN DOMINICANA DE PROTECCIÓN AL ADULTO MAYOR, 2020 – 2021.

Formulario No. \_\_\_\_\_

1. Edad \_\_\_\_\_ años

2. Sexo.

Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

3. Escolaridad

Analfabeto \_\_\_\_\_

Básica \_\_\_\_\_

Media \_\_\_\_\_

Superior \_\_\_\_\_

4. Estado civil

Soltero \_\_\_\_\_

Casado \_\_\_\_\_

Unión libre \_\_\_\_\_

Divorciado \_\_\_\_\_

Viudo \_\_\_\_\_

5. Escala de ansiedad de Beck

1.
  - a) No me siento triste.
  - b) Me siento triste
  - c) Me siento triste frecuentemente, y no puedo dejar de estarlo.
  - d) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.
  - a) No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
  - b) Me siento desanimado respecto al futuro
  - c) Siento que no tengo que esperar nada.
  - d) Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejoraran
3.
  - a) No me siento fracasado.
  - b) Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
  - c) Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.

- d) Me siento una persona totalmente fracasada.
4. a) Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
b) No disfruto de las cosas tanto como antes.  
c) Ya no obtengo una satisfacción autentica de las cosas.  
d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. a) No me siento especialmente culpable.  
b) Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
c) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
d) Me siento culpable constantemente.
6. a) No tengo la impresión de merecer un castigo.  
b) Creo que me podría pasar algo malo.  
c) Tengo la impresión de que ahora, o muy pronto voy a ser castigado.  
d) Creo que merezco ser castigado  
e) Quiero ser castigado´.
7. a) No estoy descontento de mi mismo.  
b) Estoy descontento de mi mismo.  
c) No me gusto a mi mismo.  
d) No me soporto a mi mismo.  
e) Me Odio.
- 8). a) No tengo la impresión de ser peor que los demás.  
b) Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.  
c) Me hago reproches por todo lo que no sale bien.  
d) Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.  
e) Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.
- 9). a) No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.  
b) A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no lo hare.  
c) Pienso que sería preferible que me muera.  
d) He planeado como podría suicidarme.  
e) Creo que sería mejor para mi familia que yo muera  
f) Si pudiese, me matara

- 10).** a) No lloro más de lo normal.  
b) Llora con mucha frecuencia, más de lo normal.  
c) Me paso todo el tiempo llorando, y no puedo dejar de hacerlo.  
d) Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera como lo hacia antes.
- 11).** a) No me irrito  
b) Me irrito un poco más que antes.  
c) Estoy bastante irritado una gran parte del tiempo.  
d) Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12).** a) No he perdido el interés por otras personas.  
b) Estoy menos interesada que de costumbre.  
c) He perdido casi todo mi interés por otras personas.  
d) He perdido mi interés por otras personas.
- 13).** a) Tomo decisiones como casi siempre.  
b) Postergo la toma de decisiones.  
c) Tengo mas dificultad que antes para tomar decisiones.  
d) Ya no puedo tomar decisiones.
- 14).** a) No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
b) Me preocupa el hecho de parecer viejo o sin atractivo.  
c) Me parecen que ha habido cambios que me hacen menos atractivos.  
d) Me veo feo.
- 15).** a) Puedo trabajar tan bien como antes.  
b) Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.  
c) .Tengo que obligarme para hacer algo.  
d) No puedo en lo absoluto.
- 16).** a) Puedo dormir como siempre.  
b) No duermo tan bien como solía hacerlo.  
c) Me despierto una o dos horas antes de lo habitual.  
d) Me despierto antes de dos horas de lo habitual.
- 17).** a) No me canso más de lo habitual.  
b) Me canso más fácilmente que lo habitual.  
c) Estoy demasiado cansado para hacer algo.

- 18).** a) Mi apetito no es peor que de costumbre.  
b) Mi apetito no es tan bueno como antes.  
c) Mi apetito esta mucho peor que antes.  
d) Ya no tengo apetito.
- 19).** a) No he perdido peso.  
b) He perdido más de dos kilos y medios.  
c) He perdido más de cinco kilos.  
d) He perdido más de siete kilos.
- 20).** a) No me preocupa mi salud más de lo habitual.  
b) Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, Molestias de estomago.  
c) Estoy preocupado y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.  
d) Estoy tan preocupado que no puedo pensar en otra cosa.
- 21).** a) No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.  
b) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.  
c) He perdido por completo el interés en el sexo

### XIII.3. Costos y recursos

Humanos			
Una sustentante			
Dos asesores			
Equipos y materiales	Cantidad	Precio D\$	Total RD\$
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	4 resma	160.00	640.00
Paper Graphics-gray 28 (8 ½ x 11)	1 resma	300.00	300.00
Lápices	4 unidades	5.00	20.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	2 unidades	10.00	20.00
Computador	unidades <sup>1</sup>	1500.00	5000.00
Impresora	unidad	150.00	150.00
Proyector			
Cartucho HP			
Calculadoras			
Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
Económicos			
Papelería (copias)	1200 copias	2.00	2400.00
Encuadernación	8 informes	200.00	2000.00
Transporte	20 pasajes x	15.00 c/u	1200.00
Pago de tesis	4	5000.00	2000.00
Tarjetas de llamada	1 médico	60.00 c/u	15000.00
	15		900.00
Subtotal			29650.00
Imprevistos (10%)			2965.00
<b>Total</b>	<b>RD\$32,615.00</b>		

### XIII.4. Evaluación

Sustentante:

\_\_\_\_\_  
Dra. Porfiria Ybelsa Santana de Los Santos de Gálvez

Asesores:

\_\_\_\_\_  
Dra. Claridania Rodriguez  
(Metodológico)

\_\_\_\_\_  
Dra. Carmen J. Díaz Morey Molina  
(Clínica)

Jurados:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autoridades:

\_\_\_\_\_  
Dra. Rossi Molina  
Coordinadora Residencia Medica

\_\_\_\_\_  
Dra. Carolina Valdez Valdez  
Jefa de enseñanza

\_\_\_\_\_  
Dra. Claridania Rodriguez  
Coord. Unidad Postgrado y Residencias  
Médicas

\_\_\_\_\_  
Dr. William Duke  
Decano Facultad Ciencias de  
la Salud

Fecha de presentacion: \_\_\_\_\_

Calificacion: \_\_\_\_\_