

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
SECCION DE PSICOLOGIA**



**TEMA DE INVESTIGACION:**

**CALIDAD DE VIDA Y SU IMPACTO EN EL DESARROLLO EMOCIONAL DEL  
ADULTO MAYOR, EN USUARIOS DEL ASILO SAN ANTONIO, SAN MIGUEL,  
DURANTE LOS MESES DE FEBRERO A AGOSTO DEL AÑO 2017.**

**PRESENTADO POR:**

**CARRANZA GARCIAGUIRRE, KATHERINE ENEYDA**

**LARIOS PALACIOS, CARLA MARGARITA**

**PORTILLO PEREIRA, IVANIA MARIA**

**TRABAJO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**DOCENTE ASESOR:**

**LIC. LUIS ROBERTO GRANADOS**

**SAN MIGUEL. EL SALVADOR. CENTRO AMERICA.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
SECCION DE PSICOLOGIA**



**TEMA DE INVESTIGACION:**

CALIDAD DE VIDA Y SU IMPACTO EN EL DESARROLLO EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR, EN USUARIOS DEL ASILO SAN ANTONIO, SAN MIGUEL, DURANTE LOS MESES DE FEBRERO A AGOSTO DEL AÑO 2017.

**PRESENTADO POR:**

CARRANZA GARCIAGUIRRE, KATHERINE ENEYDA

LARIOS PALACIOS, CARLA MARGARITA

PORTILLO PEREIRA, IVANIA MARIA

**TRABAJO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE:**

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

**DOCENTE ASESOR:**

LIC. LUIS ROBERTO GRANADOS

SAN MIGUEL. EL SALVADOR. CENTRO AMERIC

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**AUTORIDADES**

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS  
**RECTOR**

DR. MANUEL DE JESUS JOYA  
**VICERRECTOR ACADEMICO**

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS  
**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

MAESTRO CRISTOBAL HERNAN RIOS  
**SECRETARIO GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES**

ING. JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GOMÉZ

**DECANO**

LIC. CARLOS ALEXANDER DÍAS

**VICE – DECANO**

LIC. JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

**SECRETARIO GENERAL**

MAESTRO. JORGE PASTOR FUENTES CABRERA

**DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**

DRA. NORMA AZUCENA FLORES RETANA

**JEFA DEL DEPARTAMENTO**

LIC. NAHÚN VÁSQUEZ NAVARRO

**COORDINADOR DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA**

LIC. LUÍS ROBERTO GRANADOS GÓMEZ

**COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA**

**SECCIÓN DE PSICOLOGÍA**

LIC. LUÍS ROBERTO GRANADOS GÓMEZ

**DOCENTE DIRECTOR**

**TRIBUNAL CALIFICADOR**

LICDA. KALLY JISSELL ZULETA PAREDES

**PRESIDENTE**

LIC. LUIS ROBERTO GRANADOS

**SECRETARIO**

LIC. JIMMY ESTIMINSON LÓPEZ JIMÉNEZ

**VOCAL**

## AGRADECIMIENTOS

Este logro se lo dedico especialmente a mi hijo por ser mi mayor motivación para superarme personal y profesionalmente, con el deseo intenso de poder asegurarle un futuro mejor.

A mi madre por todo su amor y apoyo moral, por estar presente en cada etapa de mi vida, por siempre estar dispuesta ayudarme, por cada palabra de aliento que me brinda para seguir adelante cumpliendo mis sueños y aspiraciones.

Mi segunda madre agradezco infinitamente su esfuerzo y sacrificio para verme convertida en una mujer independiente y capaz de realizar cada una de mis metas, gracias por su amor y consejos.

A mi mejor amiga y compañera de tesis por todas sus demostraciones de cariño y paciencia, gracias por estar siempre conmigo apoyándome y compartiendo su alegría y carisma sin esperar nada a cambio.

Agradezco también a mi asesor Lic. Luis Roberto Granados por brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, por su dirección y tiempo dedicado al desarrollo de esta tesis

**Katherine Eneyda Carranza Garciaguirre**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

### **A MI MADRE**

Reina Estela Palacios, gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de mis anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mí se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales.

### **A MIS ABUELOS**

Guillermo Palacios e Hilda de Palacios, por su apoyo y consejos he llegado a realizar la más grande de mis metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir. Con admiración y respeto.

### **A MIS TIAS**

Ana Isabel Palacios, por su ejemplo de superación incansable, por su comprensión y confianza, por su amor incondicional, porque sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional.

Adela Margarita Palacios, por ser una persona que todo lo comprende y da lo mejor de sí misma sin esperar nada a cambio, porque sabe escuchar y brindar ayuda cuando es necesario, porque se ha ganado mi cariño, admiración y respeto, gracias por formar parte de mi triunfo.

**A MI HERMANA**

Hilda María Palacios, por ser una parte muy importante de mi vida, por darme el ánimo necesario y su apoyo moral durante los años de mi carrera. Gracias a sus consejos y cariño desinteresado.

**A MI MEJOR AMIGA**

Katherine Garciaguirre, por el apoyo recibido desde el día que la conocí por ser más que una amiga por ser como una hermana. Por todo el apoyo recibido para la realización de esta tesis. Por todos los consejos y el apoyo en los momentos difíciles de mi vida. Por confiar y creer en mí y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias inolvidables.

**ASESOR DE TESIS**

Lic. Luis Roberto Granados, le agradezco por todo el apoyo brindado a lo largo de la carrera, por su tiempo y por los conocimientos que me transmitió.

**Carla Margarita Larios Palacios.**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MI MADRE:**

Rosa Ángela Pereira Martínez, por orientarme siempre en valores humanos, morales y cívicos, enseñarme a ser perseverante y sobre todo por ser un ejemplo a seguir como profesional, así como también ser mi fuente de inspiración para alcanzar mis metas.

### **A MI ABUELA:**

María Ángela Martínez Vda. De Pereira, por apoyarme en todo el trascurso de mi vida, ser mi motivación en los momentos difíciles y por ser un ejemplo a seguir como ser humano.

### **A MI TIO/A:**

Carlos Enrique Pereira, por apoyarme a distancia para continuar mis estudios superiores, y orientarme a vencer las dificultades de la vida. Flor de María Pereira, por apoyarme en todo momento, y ser mi inspiración.

### **A MI HIJO:**

Gerardo Ernesto Menjivar Portillo, el ser humano más especial, la principal fuente de mi motivación y fortaleza para alcanzar mis metas y poderle brindar ayuda en cada momento de su vida.

### **A LOS CATEDRATICOS:**

Por haberme formado con mucho humanismo, profesionalismo y dedicación.

**Ivania María Portillo Pereira.**

## CONTENIDO

INDICE DE TABLAS .....	XIII
INDICE DE GRÁFICO .....	XIV
RESUMEN .....	XV
ABREVIATURAS .....	XVI
INTRODUCCION.....	XVII
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>19</b>
1.1 ANTECEDENTES .....	20
1.2 SITUACION PROBLEMATICA.....	21
1.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA .....	24
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	25
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION .....	26
1.6 ALCANCES Y LIMITANTES .....	27
1.6.3 DELIMITACIONES.....	28
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>29</b>
2.1 ANTECEDENTES .....	30
2.2 CALIDAD DE VIDA .....	32
2.3 DIMENSIONES E INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA.....	37
2.4 DESARROLLO EMOCIONAL .....	38
2.5 DIMENSIONES E INDICADORES DE DESARROLLO EMOCIONAL.....	40
2.6 AUTOESTIMA.....	41
2.7 ANSIEDAD .....	45
2.8 DEPRESION.....	48
<b>CAPITULO III: SISTEMA DE HIPOTESIS .....</b>	<b>58</b>
3.1 HIPOTESIS.....	59
3.2 VARIABLES .....	60
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	61
<b>CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>63</b>
4.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	64
4.2 DISEÑO DE INVESTIGACION .....	65
4.3 POBLACION Y MUESTRA .....	65
4.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO .....	67
4.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION .....	67
4.6 MANEJO DE DATOS.....	71
4.7 PROCEDIMIENTO.....	72

4.8 CONSIDERACIONES ETICAS .....	73
4.9. RESULTADOS ESPERADOS .....	73
<b>CAPITULO V: PRESENTACION DE RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
5.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	75
5.2 RESULTADOS DE TEST PSICOLÓGICOS.....	83
5.2.3 TEST PARA EVALUAR DESARROLLO EMOCIONAL .....	90
5.3 PRUEBA DE HIPOTESIS.....	95
5.4 DISCUSION .....	98
<b>CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>105</b>
6.1 CONCLUSIONES.....	106
6.2 RECOMENDACIONES .....	108
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>113</b>
ANEXO 1: Carta de Permiso. ....	113
ANEXO 2: Guía de Entrevista .....	115
ANEXO 3: Test Mini Mental.....	116
ANEXO 4: Escala FUMAT .....	117
ANEXO 5: Inventario de Ansiedad.....	123
ANEXO 6: Escala de Depresión .....	125
ANEXO 7: Cuestionario de Autoestima .....	128
ANEXO 8: Presupuesto .....	130
ANEXO 9: Cronograma de Actividades.....	131
ANEXO 10: Recursos .....	133
ANEXO 11: Tablas y Gráficas.....	134
ANEXO 13. Tabla de Valoraciones de Spearman .....	137
ANEXO 14: Consentimiento Informado .....	138

**INDICE DE TABLAS**

TABLA N° 1: Edad.....	75
TABLA N° 2: Sexo.....	76
TABLA N° 3: Nivel Educativo.....	77
TABLA N° 4: Lugar de Procedencia.....	78
TABLA N° 5: Tiempo de Permanencia.....	79
TABLA N° 6: Recibe Visitas.....	80
TABLA N° 7: Quien lo Visita.....	81
TABLA N° 8: Causas de Institucionalización .....	82
TABLA N° 9: Resultados de Test Mini Mental.....	83
TABLA N° 10: Índice de Calidad de Vida.....	84
TABLA N° 11: Resultados de la Escala FUMAT por Dimensiones.....	86
TABLA N° 12: Resultados en la Escala FUMAT por Percentiles Altos.....	87
TABLA N° 13 Resultados en la Escala FUMAT por Percentiles Bajos.....	88
TABLA N° 14 Autoestima.....	90
TABLA N° 15 Depresión.....	91
TABLA N° 16 Ansiedad- Estado.....	92
TABLA N° 17 Ansiedad- Rasgo.....	93
TABLA N° 18 Resultados globales de desarrollo emocional.....	94

**INDICE DE GRÁFICO**

GRÁFICO N° 1: Edad.....	75
GRÁFICO N° 2: Sexo.....	76
GRÁFICO N° 3: Nivel Educativo.....	77
GRÁFICO N° 4: Lugar de Procedencia.....	78
GRÁFICO N° 5: Tiempo de Permanencia.....	79
GRÁFICO N° 6: Recibe Visitas.....	80
GRÁFICO N° 7: Quien lo Visita.....	81
GRÁFICO N° 8: Causas de Institucionalización .....	82
GRÁFICO N° 9: Resultados de Test Mini Mental.....	83
GRÁFICO N° 10: Índice de Calidad de Vida.....	84
GRÁFICO N° 11: Resultados de la Escala FUMAT por Dimensiones.....	86
GRÁFICO N° 12: Resultados en la Escala FUMAT por Percentiles Altos.....	87
GRÁFICO N° 13: Resultados en la Escala FUMAT por Percentiles Bajos.....	88
GRÁFICO N° 14: Autoestima.....	90
GRÁFICO N° 15: Depresión.....	91
GRÁFICO N° 16: Ansiedad- Estado.....	92
GRÁFICO N° 17: Ansiedad- Rasgo.....	93
GRÁFICO N° 18 Resultados globales de desarrollo emocional.....	94

## RESUMEN

Se presentan las aportaciones obtenidas en la investigación misma que tiene como objetivo conocer la Calidad de Vida y su impacto en el Desarrollo Emocional del adulto mayor, usuarios del Asilo San Antonio, San Miguel con una muestra de dieciséis participantes; utilizando una metodología de orientación cuantitativa para la cual se recolectaron los datos requeridos a partir de una serie de instrumentos Guía de entrevista, Mini Mental, Inventario de Ansiedad IDEARE, Escala de Depresión, Cuestionario de la Autoestima y la Escala de FUMAT, destinados a evaluar las variables de investigación. Obteniendo en los resultados finales una puntuación global para calidad de vida de 40.75, que indica una calidad de vida baja en la muestra en estudio y para desarrollo emocional se obtuvo un 75% que significa un desarrollo emocional malo. Según la prueba de hipótesis se tiene que existe una relación perfecta( $r=1.00$ ) directamente proporcional entre el cambio en la variable calidad de vida y desarrollo emocional.

**ABREVIATURAS**

**ADM**= Adulto Mayor

**CV**= Calidad de Vida

**DE**= Desarrollo Emocional

**DP**= Depresión

**AMI**= Adulto Mayor Institucionalizado

**ASA**= Asilo San Antonio

**SM**= Salud Mental

**OPS**= Organización Panamericana de la Salud

**OMS**= Organización Mundial de la Salud

**PAM**= Persona Adulta Mayor

## INTRODUCCION

En los últimos años, el Adulto Mayor (ADM) se ha convertido en uno de los principales focos de atención, en virtud del rápido crecimiento de este grupo etario respecto a la población general. Este proceso en los países en desarrollo, a diferencia de los desarrollados, va acompañado de pobreza y falta de políticas de salud, lo que permite que la Calidad de Vida (CV) de las Personas Adultas Mayores (PAM) se vea afectada, repercutiendo de algún modo en su Desarrollo Emocional (DE). Los ADM que están institucionalizados no son la excepción ya que en su mayoría son abandonados por sus propios familiares, muchos de ellos permanecen sin su total consentimiento aun reconociendo que es la única forma que encuentran de sobrevivir.

La presente investigación contiene toda la planificación estratégica de la misma, la cual se elabora con el objetivo de conocer la calidad de vida y su impacto en el desarrollo emocional del adulto mayor, en usuarios del Asilo San Antonio, San Miguel.

### **Esta Investigación se divide en los siguientes capítulos:**

**El Capítulo I Planteamiento del Problema:** contiene antecedentes, situación problemática, enunciado del problema, justificación, objetivos de la investigación, alcances, limitantes y delimitaciones.

**El Capítulo II Marco Teórico:** muestra los antecedentes que se construyeron a partir de investigaciones realizadas formando así lo que es un marco histórico y referencial, la base teórica contiene: definiciones y conceptos utilizados de ambas variables de estudio, así como también toda fundamentación teórica de nuestra investigación.

**El Capítulo III Sistema de Hipótesis:** detalla la hipótesis de investigación y la hipótesis nula, además, la variable dependiente e independiente y la operacionalización de variables de investigación.

**El Capítulo IV Marco Metodológico:** presenta diseño metodológico de la investigación que es donde definimos el tipo de estudio, el universo, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, el método para la recopilación de información, técnica e instrumentos de investigación, procedimiento, consideraciones éticas, manejo de datos, cronograma y los recursos con los que disponemos para la realización de la investigación.

**El Capítulo V Presentación de Resultados:** describe los resultados de la investigación, su análisis, discusión y prueba de hipótesis.

**El Capítulo VI Conclusiones y Recomendaciones:** se plantean las conclusiones y recomendaciones a partir de los resultados obtenidos en el estudio.

Al final, se presentan una serie de anexos que sustentan la investigación.

**CAPITULO I:**

**PLANTEAMIENTO DEL**

**PROBLEMA**

## 1.1 ANTECEDENTES

El incremento que en los últimos años ha tenido la población del ADM, repercute en el número también cada vez más alto de personas residentes en asilos, lugares que por lo regular dependen de ayudas humanitarias, cuyas necesidades tanto materiales, económicas y de personal especializado para atender a los adultos se ve afectado, ya que al no tener un bienestar físico, mental y social no sentirá que sus necesidades están siendo cumplidas, por lo tanto no tendrá satisfacción con la vida.

El ADM requiere de una atención integral, sin embargo el Asilo San Antonio se sostiene a través de donaciones las cuales no son suficientes para brindar toda la atención que los/as adultos/as necesitan, es por ello que su Salud Mental (SM) se ve afectada, para tener un envejecimiento activo es necesario que al ADM se le asignen actividades que le ayuden a que su CV sea lo más favorable posible, estas acciones pueden ser asignación de roles, participación en actividades recreativas y sociales, paseos, ejercicios físicos que le ayuden a tener mayor energía y vigor, participación en grupos de apoyo, entre otros, al encontrarse apartados de la sociedad su relación con las demás personas se ve limitada por el lugar que van ocupando dentro de su grupo social, situación que se agrava por la disminución de responsabilidades y preocupaciones directas; de manera que ocurre una declinación de su curiosidad intelectual, aparecen sentimientos de minusvalía y ocurren pérdidas de roles sociales.

El ASA, no cuenta con un Psicólogo/a, Psicoterapeuta, Geriatra, Gerontólogo, que se encargue de desarrollar acciones encaminadas a mantener el bienestar emocional, bienestar físico, toma de decisiones, relaciones interpersonales, sentido de pertenecía, relaciones sociales, bienestar personal y promoción de sus derechos, esta situación genera que la CV se vaya deteriorando, afectado así su estabilidad emocional.

## **1.2 SITUACION PROBLEMATICA**

### **1.2.1 a) TEORICA**

Se destaca que el envejecimiento “es un fenómeno biológico general que se manifiesta en todos los niveles de integración de organismos a escala molecular, al nivel de la personalidad y se puede añadir también al nivel de los grupos humano”. (Avances Médicos de Cuba, 2001) la vejez es, la última etapa de la vida que otorga la obligación necesaria para concluir satisfactoriamente el proyecto de vida

Se entiende como ADM toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales. Envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social. En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte.

Desde la perceptiva socio-cultural es recibida negativamente por parte de la sociedad o hasta incluso por la propia familia, lo cual contribuye al sentimiento de rechazo, aislamiento, abandono y sentimientos de inutilidad e incapacidad de contribuir a la sociedad. Es por esto que la CV representa un aspecto fundamental de tratar una vez alcanzada esta etapa porque si se percibe una buena calidad de vida se obtiene satisfacción y bienestar que se traduce a un desarrollo emocional para afrontar esta última etapa favorablemente.

“Calidad de vida del adulto mayor es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestimenta, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”<sup>1</sup>

Los cambios emocionales o psicológicos que sufren las personas ADM, se deben a varios factores como pueden ser, la falta de aceptación personal de los cambios físicos integrarlos como una nueva forma de vivir con ellos influye de alguna manera en el estado de ánimo, en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida de manera temporal o permanente; además de enfrentarse a variaciones vitales como la jubilación, los problemas de salud o la pérdida de la autonomía personal, pueden generar un incremento en síntomas ansiosos.

---

<sup>1</sup> Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994. p. 300.

Por tanto el ADM requiere de cuidados especiales e integrales encaminadas a fomentar el desarrollo social y espiritual con la experiencia acumulada, que permita superar dificultades u obstáculos que impide alcanzar y realizar una vida plena y feliz.

#### **b) 1.2.2 CONTEXTUAL**

Según Sor. Ceferina Sánchez Canales (Directora).El ASA tiene institucionalizados a 69 ADM con edades que oscilan entre los 60 a 95 años de edad los cuales se encuentran divididos por sectores de acuerdo al sexo, distribuidos a su vez por unidades, las cuales el personal del ASA identifica como dependientes e independientes.

Los ADM que están institucionalizado en el ASA no tienen la oportunidad de salir solos, la única salida del centro es la que realizan cuando tienen control médico, son pocos los que reciben visita de familiares o amistades provocando de alguna manera que las relaciones sociales y filiales se deterioren por lo que muchos de ellos tienden a asumir un rol pasivo en el control de su vida y de su influencia en el contexto, ya que consideran que no tienen derecho a nada.

Son pocas las actividades físicas que realizan, después del desayuno salen al patio y permanecen ahí hasta la hora del almuerzo, luego participan en actividades religiosas y regresan nuevamente a su lugar de descanso habitual, muchos de ellos manifiestan sentirse cansados y expresan que ya no quieren estar en el Asilo, aunque están conscientes que no cuentan con el apoyo de sus familiares ni con los recursos necesarios para vivienda, alimentación y asistencia médica.

Algunos de los ADM antes de ser llevados al asilo vivían solos, los familiares no tienen el tiempo o el dinero para cuidarlos, otros andaban en la calle viviendo de la caridad por lo que algunos de ellos han sido llevados por personas altruistas.

### **1.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el impacto de calidad de vida en el desarrollo emocional del adulto mayor, en usuarios del Asilo San Antonio, San Miguel, durante los meses de febrero a agosto del año 2017?

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación permite conocer la Calidad de Vida y su impacto en el Desarrollo Emocional del Adulto Mayor, la vejez debe ser una etapa de realización, de disfrute y de descanso, sin embargo en muchas ocasiones se puede ver afectado emocionalmente debido a crisis y tensiones acumuladas, las cuales pueden desarrollar algún problema de salud mental.

La presencia de sintomatología subyacentes, causa efecto en la CV de quien la sufre generando problemas en su bienestar en general, ya sea a nivel físico, mental, emocional y social y se agudiza aún más cuando no se tiene en consideración su participación social, el potencial del individuo y su capacidad de adaptación al medio.

Es conveniente en este sentido propiciar desde una perspectiva positiva e integral, que se manifiesten relaciones armoniosas en las personas mayores institucionalizadas (PMI), lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional. Ya que es un sitio de gran importancia social, cuya misión, en esencia es procurar una vida digna y cuidados especiales para quienes los necesitan.

A partir de esta premisa el desarrollo de estudios y/o investigaciones con enfoque humanístico nos permite cambios de paradigmas respecto al ADM, al entender que el envejecimiento es un proceso continuo como la vida misma, entonces envejecer es una actividad a través de la cual se asume y construye un nuevo rol con el cual el ADM se integra a la sociedad mismos donde sus derechos y ejercicio activo de ciudadanía no deben ser vulnerados.

Es por ello que se valora la importancia de enfocar el trabajo de tesis sobre la relación que tiene la calidad de vida en el desarrollo emocional, ya que con ello se busca, contribuir con la comunidad, a que el adulto mayor represente un rol activo donde sus posibilidades y capacidades puedan ser ejercidas, además de otorgarle el protagonismo que le corresponde.

## **1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1.5.1 GENERAL:**

- Conocer la calidad de vida y su impacto en el desarrollo emocional del adulto mayor, en usuarios del Asilo San Antonio, San Miguel, durante los meses de febrero a agosto del año 2017.

### **1.5.2 ESPECÍFICOS:**

- Determinar la Calidad de Vida y el desarrollo emocional del adulto mayor, usuarios del Asilo San Antonio mediante la aplicación de test psicométricos
- Valorar el impacto que existe entre la calidad de vida y el desarrollo emocional del adulto mayor.

## **1.6 ALCANCES Y LIMITANTES**

### **1.6.1 ALCANCES**

- Se determinó el nivel de calidad de vida del adulto mayor en el Asilo San Antonio, San Miguel.
- Se conoció el nivel de desarrollo emocional del adulto mayor en el Asilo San Antonio, San Miguel.
- Se describió el impacto de la calidad de vida en el desarrollo emocional del adulto mayor a través de las metodologías e instrumentos aplicados.
- Se brindaron las recomendaciones necesarias que contribuyan a al bienestar emocional del adulto mayor, dirigidas a la directora y cuidadores.

### **1.6.2 LIMITACIONES**

- Presencia de enfermedades degenerativas propias de la edad, como alzhéimer o la demencia senil, imposibilita tener más participantes en la muestra.
- Dificultad en la realización de la investigación debido a los horarios de la institución, y su calendario de actividades.
- Abandono de participantes de la muestra por fallecimiento o de algún otro índole.
- Dificultad en la lectura por mala percepción visual de ADM.
- Dificultad de responder a los instrumentos aplicados por presentar deterioro auditivo.
- Problemas de motricidad que impidan realizar las pruebas de evaluación aplicadas.

### **1.6.3 DELIMITACIONES**

#### **1.6.4. Geográficas**

La investigación se llevó a cabo en el Asilo San Antonio, de la Ciudad de San Miguel, ubicado en la 7ª. Avenida y 3ª. Calle poniente, esquina opuesta a la escuela Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel.

#### **1.6.5. Temporales**

El desarrollo de la investigación se efectuó en un periodo de siete meses que comprende desde el mes de febrero del año dos mil diecisiete al mes de agosto del mismo año.

#### **1.6.6. Teóricas**

La información bibliográfica se obtuvo de libros virtuales, artículos, revistas, publicaciones, investigaciones y documentación relacionada con la psicológica clínica actual, dicha información servirá para la sustentación teórica de esta investigación.

# **CAPITULO II:**

# **MARCO TEÓRICO**

## 2.1 ANTECEDENTES

El envejecimiento es un proceso que no solo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de ADM y la disminución en la importancia porcentual de los niños/as, como consecuencia de la caída de la natalidad. Este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo en América Latina de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados. Latinoamérica debe enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más premura de la que tuvieron los países ricos.<sup>2</sup>

Al ser el envejecimiento un proceso multidimensional que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad, implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias, que contribuyan a revalorizar el rol de la PAM en la sociedad. La acción a favor de la PAM es un desafío para el Estado en sus niveles nacional y local. Lo es también para el sector privado, las organizaciones sociales y los ciudadanos en general. El trabajo mancomunado asegura el logro de cambios a favor de la igualdad y equidad social a nivel del país. El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades. Se han invertido recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los

---

<sup>2</sup> Villanueva. L;A., El envejecimiento: Una perspectiva global: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2000/gg003d.pdf>

ADM a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable.<sup>3</sup>

El envejecer bien es el ideal de todos, pero una vejez positiva solamente puede ser el resultado de una vida enmarcada en los parámetros que encierra el bienestar social.

El proceso de envejecimiento difiere de acuerdo a la condición social. Debido a ello es necesario continuar desarrollando propuestas con alternativas y espacios que permitan mejorar las condiciones de vida a través de planes, programas y proyectos donde las PAM sean entes activos en un proceso de inclusión social con la familia y la sociedad.<sup>4</sup>

### **2.1.1 BASE TEORICA**

El mejor indicador de salud, en la población ADM, es su estado de salud funcional, si bien la morbilidad y otros conceptos clásicos de la medicina, no sólo siguen siendo importantes, sino que los estándares de conocimiento tradicional (clínico, fisiología, histología, etc.) que se exigen en geriatría son cada vez más altos.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup>Revista de la Asociación Colombiana de Geriatría y Gerontología (2002). Colombia. Recuperado en file:///C:/Users/Blanca/Desktop/revista-16-2.pdf

<sup>4</sup>Busto. F; L y Sánchez. J;P: Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados, obtenido en: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2082/1/Luisa%20Fernanda%20Bustos%20Angulo.pdf>

<sup>5</sup>Revista de la Asociación Colombiana de Geriatría y Gerontología (2002). Colombia, obtenido en file:///C:/Users/Blanca/Desktop/revista-16-2.pdf

La OMS y la OPS (2002) definen a un ADM funcionalmente sano como aquel anciano que es capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal.

## **2.2 CALIDAD DE VIDA**

### **2.2.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR**

La calidad de vida , según Ardila (2003) es un término multidimensional, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, posee aspectos subjetivos y objetivos, significa «tener buenas condiciones de vida y un alto grado de bienestar, incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales: materiales y no materiales, individuales y colectivos, en adición a la satisfacción individual de necesidades», es por ello que la atención de salud de los ADM, consiste en ayudarlos a mantener un comportamiento saludable, promover su bienestar y salud general, dispensarle cuidados de forma continua que abarquen una amplia gama de posibilidades como en las enfermedades agudas y de largo plazo (Instituciones).

Es decir que la capacidad del individuo de funcionar en múltiples áreas tales como la esfera física, mental y social. La CV de los gerontólogos está determinada más por su capacidad funcional que por el número o tipo de enfermedades específicas que padecen.

Por otro lado, la declinación en el estado funcional suele ser la forma de presentación inicial de muchas enfermedades en estos pacientes, por lo que la evaluación funcional representa un componente esencial del cuidado clínico de los ancianos.

El cuidado eficiente de la salud de los ancianos: Consiste en detectar sus necesidades tratando de encontrar los sistemas y servicios que puedan satisfacerlas de la manera más expeditiva y económica posible (Verdugo, 2003).

Según la OMS (2002), la CV es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

### **2.2.2 ESTADO DE SALUD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR**

La OMS y la OPS (2002), con el apoyo de múltiples reuniones de expertos, han establecido siete aspectos que miden el estado de salud funcional:

- Las actividades de la vida diaria: Las instrumentales y las básicas del diario vivir;
- La salud mental: Principalmente el estado cognitivo y el estado de ánimo;
- La funcionalidad psicosocial: La capacidad de responder a las exigencias de cambio;
- La salud física: Donde se centra toda la patología crónica, por lo general;
- Los recursos sociales;
- Los recursos económicos en relación con un parámetro de país, es decir, con un indicador de pobreza, pues no siempre se puede realizar comparaciones entre países según el ingreso *per cápita*, sino de acuerdo con un parámetro local.

- Los recursos ambientales, cuya importancia es cada vez mayor. Por ejemplo, la facilidad que tenga un adulto mayor para usar adecuadamente su casa o para salir de su domicilio y acceder a un consultorio de atención primaria.

Para que una persona tenga una buena CV se necesita que día a día se trabaje con los siguientes componentes: Bienestar emocional: satisfacción, felicidad, relaciones interpersonales: relaciones sociales y familiares, bienestar material: vivienda, casa, jubilación, desarrollo personal: habilidades funcionales, bienestar físico: energía, vitalidad, movimiento, autodeterminación: establecimiento de metas e integración social: apoyo, amistades y derechos la cual consiste en la defensa de los derechos.

### **2.2.3 ELEMENTOS IMPORTANTES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES**

A continuación se revisarán los elementos importantes que conforman el concepto calidad de vida en los adultos mayores:

#### **2.2.3.1 ESPECIFICIDAD**

La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros.

La especificidad va a depender del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez (tanto grupal como individualmente) porque, desde el punto de vista individual, no es lo mismo envejecer siendo pobre que teniendo recursos económicos, o en un país desarrollado que en uno en vías de desarrollo.

### **2.2.3.2 MULTIDIMENSIONAL**

La calidad de vida contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socio ambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Por tanto, reducir el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente.

Entonces, se puede convenir que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida.

Toda persona mayor, incluso en los casos más extremos, puede aspirar a mayores grados de satisfacción y bienestar, así como a mejorar su calidad de vida. Los avances en la aproximación a este tema se visualizan en el cambio de enfoque que ha ocurrido en los últimos años, hoy se entiende al adulto mayor como “un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida, entre otros factores” (Fernández, 2009, p.21).

### **2.2.3.3 ASPECTOS OBJETIVOS**

La calidad de vida considera indicadores objetivos para poder medirse en la realidad. Se trata de aspectos observables que contribuyen al bienestar, como por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares, entre otros.

### **2.2.3.4 ASPECTOS SUBJETIVOS**

El concepto calidad de vida implica aspectos subjetivos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Fernández ( 2009). Elementos importantes de la calidad de vida en adultos mayores. Pag. 21  
[http://adultomayor.uc.cl/docs/guia\\_calidad\\_de\\_vida.pdf](http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf)

## 2.3 DIMENSIONES E INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA

Cuadro 1. Dimensiones e indicadores

Según Verdugo (2003) en la CV se evalúan ocho dimensiones, las cuales se presentan a continuación.

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	
Bienestar emocional	Seguridad Felicidad Auto concepto	Espiritualidad Disminución del estrés Satisfacción
Relaciones interpersonales	Intimidad Familia Amistades	Afecto Interacciones Apoyos
Bienestar material	Propietario Seguridad Empleo Estatus socioeconómico	Comida Finanzas Posesiones Protección
Desarrollo personal	Educación Satisfacción Actividades significativas	Habilidades Competencia personal Progreso
Bienestar físico	Salud Ocio Seguros médicos Cuidados sanitarios	Actividades de la vida diaria Movilidad Tiempo libre Nutrición
Autodeterminación	Autonomía Decisiones Autodirección	Valores personales y metas Control personal Elecciones
Inclusión Social	Aceptación Apoyos Ambiente residencial Actividades comunitarias	Voluntariado Ambiente laboral Roles sociales Posición social
Derechos	Derecho a voto Accesibilidad Privacidad	Juicio justo Derecho a ser propietario Responsabilidades cívicas

Fuente: Escala FUMAT

## 2.4 DESARROLLO EMOCIONAL

El desarrollo emocional es la capacidad para empatizar, simpatizar, de identificación y de generar vínculos afectivos e intercambios de sentimientos satisfactorios. La conciencia de los propios sentimientos y su expresión mediante la verbalización ayuda a producir una clara individualidad; una aceptación de sí mismo, una seguridad y autoestima adecuadas al nivel de desarrollo.

El desarrollo emocional se refiere al proceso mediante cual la persona gana madurez sobre su identidad (su yo), su autoestima, su seguridad y la confianza en sí mismo y en el mundo que lo rodea, a través de las interacciones que establece con sus pares significativos, ubicándose a sí mismo como una persona única y distinta. A través de este proceso se aprende a distinguir las emociones, identificarlas, manejarlas, expresarlas y controlarlas. Es un proceso complejo que involucra tanto los aspectos conscientes como los inconscientes.<sup>7</sup>

Durante la vejez las preguntas existenciales sobre el sentido de la vida y la muerte son muy frecuentes. La aparición de condiciones específicas, como la adquisición de enfermedades o cambios significativos, generan cambios en la vida normal de los ancianos e influyen en su desarrollo emocional.

Los cambios en el desarrollo cognoscitivo y emocional a lo largo de toda la vida expresan la diversidad del carácter individual de lo psíquico y el envejecimiento no escapa a esta condición. Cada persona como protagonista de su historia de vida, dispone de recursos con los

---

<sup>7</sup> Bartomome Yankovic 2011, Emociones, sentimientos, afecto  
<https://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=190>

cuales auto dirige y participa en su propio desarrollo; pero el envejecimiento es también una creación y un fenómeno sociocultural, la determinación social atraviesa lo individualidad donde es reelaborada al tomar un sentido personal, convirtiéndose entonces en factor de desarrollo.

El desarrollo de las capacidades emocionales permite una clara distinción de las fortalezas y debilidades de la vejez, sobre la base de una autovaloración realista donde las limitaciones físicas anotarían un punto débil, pero a su vez la experiencia acumulada puede emerger como recurso para capitalizar lo conservado.

La vida emocional del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren los cambios funcionales y en el aspecto físico también provocan modificaciones en la propia autoimagen que no siempre se viven positivamente. Y es que la aproximación del final de la vida y las inevitables reflexiones sobre el tiempo de vida restante acompañan esta etapa vital, con el universal temor a la muerte como telón de fondo.

Todas estas circunstancias, en muchas ocasiones provocan un retraimiento social y un abandono progresivo de la conexión con actividades y relaciones que antes eran importantes para el sujeto, son esta serie de factores que vuelven frecuente el surgimiento de alteraciones de ánimo.

Los estados alterados de ánimo como ansiedad y la depresión como problemas de salud son frecuentes en la población mayor de 65 años.

## 2.5 DIMENSIONES E INDICADORES DE DESARROLLO EMOCIONAL

Cuadro 2.

<b>Autoestima</b>	Confianza
	Seguridad
	Aceptación
	Autovaloración
<b>Ansiedad</b>	Tranquilidad
	Satisfacción
	Estabilidad
<b>Depresión</b>	Confianza
	Afectividad
	Tristeza
	Minusvalía
	Preocupación
	Auto degradación

Fuente: Operacionalización de variables

## 2.6 AUTOESTIMA

Según Maslow: La autoestima se refiere a la necesidad de respeto y confianza en sí mismo. La necesidad de la autoestima es básica, todos tenemos el deseo de ser aceptados y valorados por los demás. Satisfacer esta necesidad de autoestima hace que las personas se vuelvan más seguras de sí mismas. El no poder tener reconocimiento por los propios logros, puede llevar a sentirse inferior o un fracasado.<sup>8</sup>

Por autoestima en el adulto mayor debemos entender la importancia y el afecto que se tiene a sí mismo. Para crearse dicho auto concepto, el adulto es capaz de conocerse, valorarse y percibirse, incluso en condiciones adversas de la vida.

La construcción del concepto de autoestima se forma de la interacción de tres esferas principales: la primera es el Yo (mi manera de actuar, mi manera de ser más conocida). La segunda es lo que influye en mi mundo cercano (mi familia, mis amigos, mis relaciones sociales). Por último, la tercera esfera es la interacción cultural y los conceptos que existen en ella.<sup>9</sup>

El adulto mayor se ve afectada su autoestima dada la inseguridad que vive a partir de las pérdidas asociadas a sus vivencias afectivas, físicas y sociales como son: la independencia de los hijos, la pérdida del cónyuge, la disminución de capacidades, la salud a veces afectada, la jubilación, la disminución de ingresos, entre otras. Su vida emocional sufre modificaciones

---

<sup>8</sup> Abraham Maslow , Autoestima <http://www.laautoestima.com/abraham-maslow.htm>

<sup>9</sup> Valencia C. 2017 <http://amgg.com.mx/sobre-el-envejecimiento/la-importancia-de-la-autoestima-en-el-adulto-mayor/>

que originan actitudes acerca de sí mismo y acerca de los demás que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros. Sabemos que a partir de la autoestima, es decir, del concepto del propio valor, se proyectan la comunicación y las conductas que constituyen la base del mundo afectivo relacional.

El refuerzo de la autoestima en el Adulto Mayor, se sostendrá en el hecho de favorecer la apertura de la perspectiva desde sí mismo respecto a las metas alcanzadas, esfuerzos, logros y sabiduría de vida a partir de la experiencia (ampliar la autoimagen positivamente). Este refuerzo puede darse a través del aprendizaje acerca de la valoración de sí mismo y de la comunicación, lo cual favorecerá la adaptabilidad al entorno.

### **2.6.1 TIPOS DE AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR**

La autoestima debe considerarse como un sentido o mecanismo natural y necesario para la auto preservación y defensa del propio organismo y de la conciencia que lo habita.

#### **Existen 3 tipos diferentes de autoestima:**

- **Autoestima positiva:** No es competitiva ni comparativa. Está constituida por dos importantes sentimientos: la capacidad (de que se es capaz) y el valor (de que se tiene cualidades). Esta actitud deriva en la confianza, el respeto y el aprecio que una persona pueda tener de sí misma.

- **Autoestima relativa:** oscila entre sentirse apta o no, valiosa o no, que acertó o no como persona. Tales incoherencias se pueden encontrar en personas, que a veces se sobrevaloran, revelando una autoestima confusa.

- **Autoestima baja:** es un sentimiento de inferioridad y de incapacidad personal, de inseguridad, de dudas con respecto a uno mismo, también de culpa, por miedo a vivir con plenitud. Existe la sensación que todo no alcance, y es muy común que haya poco aprovechamiento de los estudios o del trabajo. Puede ir acompañado de inmadurez afectiva.

## 2.6.2 CARACTERISTICAS DE LA AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR

La autoestima es un aspecto muy importante de la personalidad, del logro de la identidad y de la adaptación a la sociedad, pero como comentábamos puede manifestarse en autoestima baja, alta e inflada y las características de estas son:

- No se considera mejor ni peor de lo que realmente es.
- Cuida de sí misma.
- Tiene control sobre la mayoría de sus impulsos y emociones.  
Organiza su tiempo.
- Se aprecia a sí mismo y valora a los demás.
- Sabe expresar de manera adecuada lo que piensa siente y cree.
- Tiene confianza en sí misma, en sus capacidades, fortalezas, por lo que busca la manera de lograr sus metas.

En este contexto no debe extrañarnos que la autoestima sufra graves daños y que muchos de ellos experimenten fuertes depresiones. Para mejorar la autoestima y la calidad de vida de las personas de la tercera edad convendría tener en cuenta los **siguientes puntos**:

**-Potenciar sus capacidades y su autonomía:** Mucha gente trata a sus familiares ancianos como si fuesen inválidos y no les permiten hacer nada. Esto impide que puedan seguir siendo autónomos y, además, acelera su degeneración. Es conveniente que sigan teniendo responsabilidades. Si se dan cuenta de que tienen obligaciones que cumplir, se seguirán sintiendo útiles.

**-Respetar sus opiniones,** especialmente en los temas que les afectan directamente. El hecho de que sean mayores no implica que no puedan decidir qué quieren hacer con sus vidas.

**-Ayudarle a mantenerse activo,** tanto en el aspecto físico como en el mental. Actividades tan simples como dar un paseo, mantener una conversación, los juegos de mesa o realizar pasatiempos pueden prevenir la degeneración.

**- Fomentar las relaciones sociales de los mayores:** Ayudarles a que no se encierren en sí mismos. Para ello es necesario escuchar sus consejos, tener conversaciones con ellos... De este modo, se sentirán aceptados y queridos y tendrán mayor autoestima.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup>María Moreno López, 2012, Editorial Santa Fe, México, Autoestima y tercera edad, <http://factoresdelautoestima.com/>

## 2.7ANSIEDAD

El término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

### ¿Qué es la ansiedad en adultos mayores?

Un trastorno de ansiedad provoca sentimientos de miedo, preocupación, temor o terror que son excesivos o desproporcionados a los problemas o situaciones que se temen.

#### 2.7.1 CAUSAS DE LA ANSIEDAD

- **Cambios bruscos en el estilo de vida.** Alcanzada la tercera edad se experimentan diversos cambios vitales como, por ejemplo, la jubilación. Disponer de demasiado tiempo libre y tener que aprender a ocuparlo, genera ansiedad en algunas personas.
- **Descenso de la autonomía.** Tardar más tiempo en desempeñar algunas actividades, descenso de movilidad o pérdida de reflejos y de fuerza, son algunos de los ejemplos que puede provocar este declive y que pueden hacer que la persona requiera ayuda en situaciones que antes no lo hacía.

- **Problemas económicos.** Contar con una cantidad de dinero menor a la obtenida durante la adultez es descrito también como fuente de estrés para algunas personas.
- **Proximidad a la muerte.** Algunas personas mayores consideran que el final de la vida está cerca. Este pensamiento puede generar altos niveles de ansiedad, ocasionando tanatofobia en los casos en los que la obsesión por la muerte, domina el pensamiento.
- **Deterioro del estado de salud/ incapacidad física.** Con el envejecimiento, además del deterioro visible, por ejemplo, de la piel, las funciones físicas y cognitivas también se ven afectadas y ocasionan, en algunas situaciones, incapacidad que priva a algunas personas del desarrollo de su ritmo de vida.
- **Aislamiento social.** La suma de diferentes circunstancias problemáticas puede conllevar deterioro del estado de ánimo y esto, a su vez, que las personas que lo sufren no quieran salir de casa ni relacionarse.
- **Soledad.** Pérdidas de amigos, familiares, compañeros sentimentales, sentirse distanciado de los seres queridos que son algunas de las situaciones que provocan falta de compañía.

- **Padecimiento de otra enfermedad.** Sufrir otro tipo de enfermedad como, por ejemplo, la hipertensión, la artrosis o la depresión es considerado otro de los motivos que pueden hacer que los ancianos experimenten síntomas de ansiedad.
- **Incomprensión familiar.** Sentirse incomprendidos por parte de los seres queridos hace que en algunos casos se traduzca en angustia, frustración, inquietud y malestar.<sup>11</sup>

**Las condiciones que predisponen a una persona mayor de sufrir ansiedad son:**

- Ser mujer
- Tener fragilidad física y emocional
- Sufrir de algún tipo de enfermedad crónica
- Haber perdido soporte social
- Haber sufrido un trauma reciente
- Usar múltiples medicamentos
- Vivir solo
- Tener una baja educación formal
- Pensar que se tiene mala salud
- Tener limitaciones físicas que dificultan las actividades diarias
- Haber sufrido eventos adversos en la infancia
- Haber sufrido acontecimientos vitales estresantes.

---

<sup>11</sup> Muñoz Recart A. Aesthesis, Terapia Psicológica, Ansiedad ,<http://www.psicologosmadridcapital.com>

## **2.7.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD DEL ANCIANO**

**Factores de vulnerabilidad:** (sexo femenino, bajo nivel educativo, ser soltero o Separado, historia familiar de trastorno de ansiedad, locus de control externo, soledad y La exposición a sucesos trágicos en guerras) Otros factores relacionados con el estrés (acontecimientos vitales, enfermedad Crónica, limitación funcional y sensación subjetiva de salud baja). El trastorno obsesivo-compulsivo parece primar los factores biológicos, como la historia familiar, aunque en este estudio también la soledad aparece como un factor.

Para los adultos mayores, la depresión a menudo va de la mano con la ansiedad, y tanto puede ser debilitante, la reducción de la salud general y la calidad de vida.<sup>12</sup>

## **2.8 DEPRESION**

### **2.8.1 DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

Por DP entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de DP recoge la presencia de síntomas afectivos –esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e

---

<sup>12</sup> Carlos Monterrosa, 2011, <https://bellandpcinfografic.wordpress.com/2014/08/26/la-ansiedad-en-los-adultos-mayores/>

impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.<sup>13</sup>

Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones.

También puede concurrir la DP con el abuso de alcohol o tóxicos y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansada, tono de voz bajo, tristeza o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar. En lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo, la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute en la vida, una vivencia del tiempo enlentecida y desagradable o la falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana. Hay que tomar en

---

<sup>13</sup>Alberdi A. Taboada, O. Castro, C. Vázquez, V. (2006) Depresión Revista Médicos Especialistas en Psiquiatría Vol. 11 Pág. 6

consideración los datos sobre la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares, su situación social y económica.<sup>14</sup>

Según Zarragoiti (2003) la DP constituye uno de los principales problemas de salud en población gerontológica. Pese a que existen importantes diferencias en las estimaciones de los múltiples trabajos realizados sobre epidemiología de las alteraciones depresivas en ancianos, podría convenirse que aproximadamente en el 7% de los casos es posible señalar la presencia de un trastorno depresivo (uniendo al trastorno depresivo mayor y al trastorno distímico los trastornos adaptativos con estado de ánimo deprimido).

Decir por lo tanto que los trastornos depresivos en su conjunto, tanto las alteraciones clínicamente diagnosticables, como los síndromes depresivos, suponen un problema de especial relevancia en población gerontológica implica resaltar una certeza que se impone cotidianamente en la atención a ancianos. No obstante, el impacto de las manifestaciones depresivas en ancianos no actúa solamente en forma directa, sino que también influye negativamente sobre la calidad de vida, tanto a nivel físico como psicológico de manera indirecta.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup>Ibídem

<sup>15</sup>Alberdi. S; A. Taboada. O. Castro. C. Vásquez. V. (2006) Depresión *Revista Médicos Especialistas en Psiquiatría* Vol. 11  
Pág. 6

Se conoce que desde hace ya bastante tiempo los ancianos con problemas depresivos asociados a patología física presentan una mayor probabilidad de hospitalización respecto a quienes padecen enfermedades similares sin estados depresivos, fue por ello que en los años sesenta se puso de manifiesto la necesidad de estudiar la compleja relación existente entre condición física y alteración depresiva en los ancianos. Williamson señaló en 1964 que los trastornos depresivos en los ancianos pueden fácilmente pasar desapercibidos, al considerarse desde la evaluación médica que las manifestaciones o quejas depresivas que típicamente suelen realizar los ancianos no son otra cosa que manifestaciones del propio proceso del envejecimiento. En esta misma línea, en un trabajo dirigido por Williamson en 1964, se señalaba que el 71% de los ancianos deprimidos no recibían un reconocimiento como tales por parte de su médico y que sólo del 3% al 14% recibían algún tipo de tratamiento.<sup>16</sup>

Tres décadas más tarde, Evans, Copeland y Dewey, en un formidable trabajo realizado a principios de la década de los noventa (1991), muestran cómo los trastornos depresivos en ancianos pueden coexistir con la enfermedad física de distintas formas, y que ambas condiciones deben encontrar tanto un diagnóstico como un tratamiento adecuado.<sup>17</sup>

La DP en la población general de 65 años es del 15% al 25%, a diferencia de un 4-5% para el trastorno depresivo mayor. En cuanto a la prevalencia y su relación con el tipo de población, no es sorprendente, el hecho de que los ancianos que con menor frecuencia presentan sintomatología y trastornos depresivos son aquellos estudiados en la comunidad,

---

<sup>16</sup> Mallol, L y otros. Relación de la actividad física con la depresión y satisfacción con la vida en la tercera edad. Recuperado en [//ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v10n2p239.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v10n2p239.pdf)

<sup>17</sup>Ibídem

seguidos por los evaluados en un contexto médico en el siguiente orden de menor a mayor prevalencia: consulta externa, hospitalización breve y por último los pacientes en institucionalización prolongada como los asilos. Lo anterior es entendido en función de los diferentes factores de riesgo que caracterizan a cada uno de estos grupos de población.<sup>18</sup>

### **2.8.2 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

Zarragoiti (2003) en su libro *Depresión en la Tercera Edad*, manifiesta que la DP se clasifica en:

- De inicio precoz: antes de los 60 años
- De inicio tardío: Después de los 60 años

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10, 1993) de la OMS. Éstos han logrado consensuar la nomenclatura psiquiátrica mediante una delimitación sindromática de entidades bien definidas. Sin embargo, su rigidez ha reducido la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que ofrecen los pacientes ancianos, quienes manifiestan síndromes atípicos, dificultando su diagnóstico y tratamiento.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup>Franch. J; V.Epidemiología de la depresión en el anciano. Recuperado en [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2002/01\\_167\\_04.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/01_167_04.htm)

<sup>19</sup>Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE 10) OMS. Meditor, 1993, España

**En la práctica clínica predominan algunos síndromes:**

DP mayor equivale, en términos generales, a la categoría antes denominada depresión atípica, psicótica y endógena. Baste recordar a la melancolía involutiva, acompañada de graves síntomas ansiosos, cuyo horario, predominantemente matutino, puede acompañarse de agitación y/o inquietud marcada. La DP menor, correspondería a la antes englobada en el rubro depresión neurótica; comúnmente acompañada de ansiedad. La asociación depresión/ansiedad es frecuente en viejos-jóvenes (60 a 75 años) hasta en un 47.5% según Beekman y cols. Otros autores reportan que, a mayor edad (viejos-viejos, mayores de 75 años), esta díada es menor.<sup>20</sup>

La DP en los ancianos, suele ser crónico y lentamente progresivo; similar a la distimia. Puede no ser reconocido como enfermedad y atribuirse en falso, al envejecimiento. La distimia se sitúa entre el carácter y el estado depresivo. Ambos tan interrelacionados, que es difícil separar la enfermedad del estilo de vida. Finalmente, los trastornos del humor pueden ser secundarios a enfermedades, como: Alzheimer, Parkinson, neoplasias, hipotiroidismo y dolor crónico, entre otras.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Ibidim

<sup>21</sup>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales/DSM-IV-TR (2002), Editorial Masson. España

### **2.8.3 SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

Beck (1971) clasifica los síntomas cognitivos y somáticos en:

**Los síntomas cognitivos son:**

- Estado anímico persistente triste, ansiedad o sensación de “vacío”.
- Sensación de desesperación, pesimismo
- Pérdida del interés o del placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban, incluyendo el acto sexual.
- Ideas relacionadas con la muerte o el suicidio
- Inquietud, irritabilidad
- Dificultad para concentrarse, para recordar y para tomar decisiones.

**Los síntomas somáticos son:**

- Insomnio, despertar muy temprano o dormir más de lo necesario.
- Pérdida del apetito y/o de peso o comer con exceso y aumentar de peso
- Disminución de la energía, fatiga o decaimiento
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolores crónicos.

**Según Beck (1971) La DP se puede manifestar a través de los siguientes niveles:**

- Depresión Ausente (DA)
- Depresión Leve (DL)
- Depresión Moderada (DM)
- Depresión Grave (DG)

#### **2.8.4 CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD.**

Ortiz y otros (1998) mencionan que existe una serie de situaciones estresantes asociadas a la depresión en la edad avanzada.

- Mayor frecuencia de situaciones aversivas o factores sociales adversos.
- Enfermedad física, incapacidad funcional, severidad del dolor; escasa o nula percepción de control sobre el dolor y la salud física.
- La viudez y pérdida de familiares y/o amigos o una enfermedad grave en las personas del círculo íntimo.
- Problemas con el sueño y problemas en las ejecuciones cognitivas.-Déficit de recursos económicos; admisión de necesidad de ayuda económica. Falta de apoyo social, vivir solo o pasar el día solo, falta de un confidente íntimo; falta de apoyo familiar y/o institucional.
- Incapacidad para mantener las actividades principales de su vida: pérdida de sus habilidades para el trabajo, para mantenerse físicamente activo, con el resultado de la privación de las situaciones reforzantes unidas a estos sucesos (práctica laboral, aficiones, deportes, etc.).
- Ser cuidador primario de un familiar enfermo (por ejemplo, demencia).
- Problemas con amigos o con la persona querida. Estos factores de estrés pueden actuar como precipitadores del desarrollo del episodio de DP en personas especialmente vulnerables. Entre un 40 y un 60% de los pacientes deprimidos experimentan al menos un suceso negativo de la vida en el año anterior a la aparición de la sintomatología depresiva, siendo esta tasa dos o tres veces superior a la encontrada en los grupos de personas no deprimidas. Por otro lado, es muy

interesante investigar las variables cognitivas o conductuales que han sido asociadas a la depresión en la tercera edad.

- Se experimenta una menor frecuencia de sucesos agradables junto a menor capacidad de disfrute y obtención de refuerzo con ellos y mayor aversión ante sucesos estresantes.
- Percepción negativa de salud e incapacidad física.
- Pensamientos automáticos, actitudes disfuncionales y distorsiones cognitivas con referencia a: Actitudes distorsionadas sobre las implicaciones de la edad, prejuicios sobre las normas relacionadas con la edad y creencias relacionadas con la vejez.
- Distorsiones cognitivas frecuentes: sobre generalización, inferencia arbitraria y abstracción selectiva.
- Actitudes distorsionadas sobre las implicaciones de la jubilación: creencias equivocadas sobre la propia capacidad para implicarse en diferentes actividades, visión negativa de sus propias capacidades después de la jubilación, creencias disfuncionales sobre las expectativas de los otros.
- Actitudes distorsionadas con respecto a los problemas de salud: creencias desfiguradas acerca de los efectos invalidantes de las indisposiciones o malestares menores relacionadas con la edad.
- Distorsiones cognitivas frecuentes: magnificación, catastrofismo, inferencia arbitraria y sobre generalización.
- Atribuciones desadaptativas e inadecuadas de su enfermedad, etiquetaciones subjetivas erróneas y depresivas de sus síntomas físicos.

- Incremento de la auto atención negativa debido a la soledad y a los problemas físicos, sociales o económicos.

### **2.8.5 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.**

La obra de sociedad Española de Geriatría y Gerontología establece algunas consecuencias de la depresión en el adulto mayor, las cuales se mencionan a continuación.

- Aislamiento social. Soledad.
- Baja calidad de vida.
- Incremento del uso de los servicios de salud.
- Deterioro cognitivo.
- Riesgo de cronicidad.
- Mayor riesgo de evento vascular y de mortalidad.
- Riesgo de pérdida funcional y de incapacidad.
- Alto riesgo de suicidio.

Además establece que dentro de los Factores de riesgo psicosocial demostrado se encuentran: Muerte del cónyuge o ser querido (riesgo: mayor en el primer año, mantenido 3 años).

- Enfermedad médica o quirúrgica. Mala autopercepción de salud.
- Incapacidad y pérdida de funcionalidad.
- Escaso soporte social.

# **CAPITULO III: SISTEMA DE HIPOTESIS**

### 3.1 HIPOTESIS

**HI.** El impacto de la calidad de vida es positivo en el desarrollo emocional del Adulto Mayor

**HO.** El impacto de la calidad de vida no es positivo en el desarrollo emocional del Adulto Mayor.

**HE.** El impacto de la calidad de vida es directamente proporcional al desarrollo emocional de los adultos mayores que se encuentran en el Asilo San Antonio.

#### Definición de conceptos incluidos en las hipótesis

Conceptos	Definición
Positivo	Grado de repercusión efectivo que tienen las dimensiones de CV en el DE del Adulto Mayor.
No Positivo	Grado de repercusión no efectivo que tienen las dimensiones de CV en el DE del Adulto Mayor.
Directamente Proporcional	Se establece una relación directamente proporcional cuando: A más corresponde a más A menos corresponde menos.

## **3.2 VARIABLES**

### **3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Calidad de vida

### **3.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE:**

Desarrollo Emocional

### 3.3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Cuadro 3.

<i>VARIABLES</i>	<i>DEFINICION CONCEPTUAL</i>	<i>DEFINICION OPERACIONAL</i>	<i>TEST PSICOLOGICOS</i>	<i>DIMENSIONES</i>	<i>INDICADORES</i>
V.I: Calidad de Vida	La calidad de vida es un concepto referido al bienestar en todas las áreas del ser humano, respondiendo a la satisfacción de las necesidades físicas (de salud, seguridad), materiales (de vivienda, ingresos, transporte, pertenencias, comida), sociales (de trabajo, familia, relaciones personales, comunidad, responsabilidades), psicológicas o emocionales (de afecto, autoestima, inteligencia emocional, espiritualidad, religión), de desarrollo (educación, productividad) y ecológicas (calidad del agua, del aire, etc.).	Es la percepción que el individuo tiene respecto al entorno donde se desarrolla en cuanto a las condiciones de vida (aspectos materiales) y la satisfacción con la vida (aspectos emocionales)	Escala FUMAT	-Bienestar emocional  -Relaciones interpersonales  -Bienestar material  -Desarrollo personal  -Bienestar físico	Seguridad Felicidad Auto concepto Satisfacción  Familia Amistades Afecto Interacciones Apoyo  Seguridad Empleo Alimentación Finanzas Protección  Educación Satisfacción Habilidades Progreso Competencia  Salud Movilidad Tiempo libre Nutrición

				Autodeterminación	Seguros médicos  Autonomía Decisiones Autodirección Valores personales y metas Control personal Elecciones
				-Inclusión social	Aceptación Apoyos Ambiente residencial Voluntariado
				-Derechos.	Accesibilidad Privacidad Responsabilidades cívicas.
V.D:  Desarrollo Emocional	El desarrollo emocional es la capacidad para empatizar, simpatizar, de identificación y de generar vínculos afectivos e intercambios de sentimientos satisfactorios. La conciencia de los propios sentimientos y su expresión mediante la verbalización ayuda a producir una clara individualidad; una aceptación de sí mismo, una seguridad y autoestima adecuadas al nivel de desarrollo.	Es el desenvolvimiento equilibrado del individuo en la sociedad en el cual es capaz de identificar sus propias emociones darle un manejo adecuado así como también aceptarse a sí mismo y a los demás.	Cuestionario de Autoestima  Inventario de Ansiedad  Escala de Depresión Zung y Conde	Autoestima  Ansiedad  Depresión	Confianza Seguridad Aceptación Autovaloración  Tranquilidad Satisfacción Estabilidad confianza  Afectividad Tristeza Minusvalía Preocupación Auto degradación

# **CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO**

#### 4.1 TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación es cuantitativo, por lo cual se usó el método cuantitativo, que también es conocido como investigación cuantitativa, la cual se basa en el método hipotético deductivo que tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándoles con la experiencia.<sup>22</sup>

Este método a su vez, es un proceso sistemático y ordenado que se lleva a cabo siguiendo una serie de pasos, el cual se fundamenta en la planificación y ejecución del proyecto de investigación. La primera fase es la fase conceptual, la segunda fase refiere la planificación consta del problema y objetivo, la tercera fase el marco teórico, la cuarta fase es el diseño metodológico. La fase de ejecución consta de recolección de datos, presentación de datos, análisis e interpretación de datos, conclusiones y recomendaciones para presentar un informe final. Con este método se busca medir el fenómeno de investigación, a través de la aplicación de métodos, técnicas e instrumentos que nos permitan obtener un resultado en datos numéricos o porcentuales que se traduzcan en base al análisis y la interpretación esto con el objetivo de comprobar o desaprobar la hipótesis de investigación.

---

<sup>22</sup> Hernández Sampieri R. El proceso de investigación  
<http://www.altillo.com/examenes/uba/cssociales/carrcomunicacion/metodoinvest/metodoinvest2010resusampieri.asp>

## **4.2 DISEÑO DE INVESTIGACION**

El tipo de investigación que se utilizó es de tipo descriptivo- explicativa, ya que está dirigida a explicar por qué ocurre el fenómeno, y en qué condiciones se da este, o porqué dos o más variables están relacionadas. Se seleccionó también este tipo de investigación porque es estructurada en el sentido de que busca dar un entendimiento al fenómeno investigado. Este tipo de investigación busca explicar el fenómeno a partir de las dos variables de investigación, tanto su causa y efecto.

## **4.3 POBLACION Y MUESTRA**

### **4.3.1 POBLACIÓN**

Se autorizó una población de 30 participantes a quienes se les aplicó el mini- mental Test, 14 de ellos presentaron deterioro cognitivo, y solamente 16 cumplieron con el criterio de inclusión.

### **4.3.2 MUESTRA**

Se trabajó con una muestra de 16 participantes, basándonos en muestreo no probabilístico.

**Los criterios de inclusión de la investigación son los siguientes:**

- Autorización por parte de la directora del ASA.
- Participantes de ambos sexos.
- Participantes que oscilen entre las edades entre 55 a 95 años.
- Que sean usuarios del Asilo San Antonio, con una permanencia dentro de la institución no menor a un año.
- Que no presente deterioro cognitivo según la evaluación del Mini Mental.
- Que tenga una participación voluntaria para ser parte de la investigación.

**4.3.3 LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN EN LA MUESTRA SE TOMARON EN CUENTA LOS SIGUIENTES ASPECTOS:**

- No contar con la autorización de la directora del ASA para ser parte de la muestra
- Menor de 55 años o mayor de 95 años
- Que presenten deterioro cognitivo, que le inhabilite responder a los instrumentos aplicados durante la investigación.
- Rechazar ser participante de la investigación y no firmar el consentimiento informado.

#### **4.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO**

El diseño que se utilizó para la investigación es de tipo no probabilístico, porque se considera que la muestra extraída es más representativa porque los sujetos seleccionados siguen determinados criterios de inclusión y exclusión de acorde a los fines de la investigación.<sup>23</sup>

#### **4.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION**

##### **4.5.1 TECNICA**

**TECNICA 1:** Entrevista: Se realizó una entrevista a los 16 participantes de la muestra con el objetivo de recolectar información, que sustenten el objeto de estudio, en la cual se diseñó una guía de entrevista para conocer datos sociodemográficos, como sexo, edad, procedencia, etc.

**TECNICA 2:** Evaluación Psicológica: Se hizo uso de test psicológicos, los cuales se aplicaron en la población y muestra obtenida, cumpliendo con los criterios de inclusión.

##### **4.5.2 INSTRUMENTOS**

###### **4.5.2.1 GUIA DE ENTREVISTA**

Se hizo uso de una entrevista de tipo estructurada, para recopilar más información sobre las unidades de estudio, se aplicara también la entrevista para conocer más acerca de los antecedentes y situación problemática de los ADM. (Ver anexo 2).

---

<sup>23</sup>Explorable, 2009, <https://explorable.com/es/muestreo-no-probabilistico>

#### 4.5.2.2 MINI MENTAL TEST

Es una escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas. También llamado Mini Examen del Estado Mental, fue desarrollado por Marshal F. Folstein, Susan Folstein, and Paul R. McHugh en 1975 como un método para establecer el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium. Es un cuestionario de 30 preguntas agrupadas en 10 secciones donde las características esenciales que se evalúan son: Orientación espacio temporal, Capacidad de atención, concentración y memoria, Capacidad de abstracción (cálculo), Capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial, Capacidad para seguir instrucciones básicas. Los resultados dependen de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba. Entre 30 y 27: Sin Deterioro. Entre 26 y 25: Dudoso o Posible Deterioro. Entre 24 y 10: Demencia Leve a Moderada. Entre 9 y 6: Demencia Moderada a Severa. Menos de 6: Demencia Severa.

Se aplicó el Mini mental Test para separar aquellos participantes de la muestra que presentan deterioro cognitivo lo cual los excluye para ser participantes en la investigación debido a que así se eliminan posibles errores en los resultados obtenidos para luego realizar la aplicación de la escala que mide calidad de vida y desarrollo emocional. Los resultados de la aplicación del Mini Mental Test fueron en 16 de 18 participantes de 27 puntos a más, lo que los ubica en el diagnóstico de Normal, los otros dos participantes restantes no alcanzaron el puntaje necesario. Lo que se interpreta como que la persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva. (Ver anexo 3).

#### **4.5.2.3 ESCALA FUMAT**

La Escala FUMAT propuesta por Verdugo y otros (2009) la cual tiene como objetivo evaluar la CV de la PAM. La escala tiene 57 ítems con cuatro alternativas de respuesta divididas en ocho sub-escalas que corresponden a las dimensiones de Bienestar emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, Autodeterminación, Inclusión Social y Derechos.

Para obtener el perfil de la CV de la persona evaluada se suma cada sub-escala, luego se suman todas las escalas para obtener el puntaje total y a mayor puntaje mayor CV tiene la persona. Un promedio de 50 o arriba de este, determina que la persona tiene una CV alta y un promedio debajo de la media indica una CV baja. (Ver anexo 4).

#### **4.5.2.4 INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO DE CH. SPIELBERGER, IDARE, INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN**

Es una prueba que fue creada por los autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene. El IDARE es un inventario auto evaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), auto aplicado. Cada una de ellas tiene 20 ítems, Son 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la Escala de Estado, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la

Escala de ansiedad como rasgo. Se califica sumando la serie A y restando la serie B sumando 50 puntos para obtener la calificación para la subescala de Estado de Ansiedad. Mientras en la escala de Rasgo se suma la serie A y se resta la Serie B sumando 35 puntos para obtener la subescala de Rasgo de Ansiedad. Donde el diagnostico se divide en tres niveles Alto, Medio y Bajo. Alto es mayor o igual a 45 puntos ( $\geq 45$ ) Medio es de 30 a 44, Bajo es menor o igual a 30 puntos ( $\leq 30$ ). (Ver anexo 5).

#### **4.5.2.5 CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA DE SORENSEN**

El Cuestionario de Evaluación de la Autoestima de Sorensen, consta de 50 ítems, se marca con una X la respuesta verdadera.

El Cuestionario presenta los siguientes rasgos:

00-04 Afirmaciones.... Tienes una autoestima bastante buena

05-10 Afirmaciones.... Tienes una baja autoestima leve

11-18 Afirmaciones.... Tienes una baja autoestima moderada

19-50 Afirmaciones.... Tienes una baja autoestima severa. (Ver anexo 7).

#### **4.5.2.6 PRUEBA DE ZUNG Y CONDE (AUTO ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG Y CONDE)**

La Auto escala de Depresión de Zung, data de 1965; la versión que se estudia en este acápite corresponde a la adaptación realizada por Zung y Conde, 1969; es un cuestionario de 20 ítems, los cuales investigan la frecuencia de aparición, en un sujeto, de tristeza, desesperanza, llantos, autocastigos, insatisfacciones, rumiación suicida, irritabilidad,

indecisión, sueño, fatiga física, pérdida de peso, de apetito, estreñimiento, taquicardia, sexo, variación diurna, ralentización.

El Cuestionario ZSDS consta de 20 ítems, formulados tanto positiva como negativamente, que se valoran en una escala de 1 a 4, en función de la frecuencia con que la conducta se presenta en el sujeto. Las respuestas son: No, Algunas veces, Muchas veces y Siempre.

Es una escala auto aplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

**Calificación:**

- No Depresión 20-33
- Depresión Leve 34-40
- Depresión Moderada 41-54
- Depresión Severa 55-80. (Ver anexo 6).

#### **4.6 MANEJO DE DATOS**

Para el análisis de los datos utilizamos el SSPS, y para la realización de gráficas Excel 2013 que es un programa capaz de trabajar con números de forma sencilla e intuitiva. Para ello se utiliza una cuadrícula donde, en cada celda de la cuadrícula, se pueden introducir números, letras y gráficos.

## 4.7 PROCEDIMIENTO

**Fase 1:** El proyecto de investigación inició con ideas propuestas sobre posibles temas de investigación, seguidamente se dio la selección del tema y elaboración del perfil, para su posterior diseño y presentación del proyecto.

**Fase 2:** Después de ser aprobado el perfil, se prosiguió a visitar el ASA, para coordinar con el personal de la institución para la ejecución de dicho proyecto; entregándose la solicitud a la directora del ASA. (Ver anexo 1).

Se hizo una nueva visita para entablar contacto con el personal de cuidado y los ADM para realizar un proceso de inserción y firmar carta de consentimiento (ver anexo) para participar en la investigación, además se realizó entrevista con la directora del ASA, para conocer problemática relacionada con la CV y el DE; fue entonces que se aplicó el test Mini-Mental para verificar si existe deterioro cognitivo en los participantes.

Seguidamente a la muestra se aplicó el instrumento Escala de Calidad de Vida de FUMAT, además el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch. Spielberger, IDARE, Autoescala de Depresión de Zung y Conde y el Cuestionario de Sorensen.

**Fase 3:** Con la recolección de datos se inició la fase de sistematización de la información, Posteriormente al análisis e interpretación de los mismos. Finalizando con la elaboración del trabajo de grado con su respectiva defensa oral y aprobación.

## **4.8 CONSIDERACIONES ETICAS**

### **4.8.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Los individuos deben ser informados acerca de la investigación y dar su consentimiento voluntario antes de convertirse en participantes de la investigación

### **4.8.2 RESPETO**

Los participantes en la investigación deben mantener protegida su privacidad, tener la opción de dejar la investigación y tener un monitoreo de su bienestar.

### **4.8.3 CONFIDENCIALIDAD**

El investigador debe establecer protecciones seguras de la confidencialidad de los datos de investigación de los sujetos. Se debe informar a los sujetos de las limitaciones, legales o de otra índole, en la capacidad del investigador para proteger la confidencialidad de los datos y las posibles consecuencias de su quebrantamiento,

### **4.8.4 OBJETIVIDAD**

En una investigación se necesita ser objetivo, deben de tomarse en cuenta todos los datos para que los resultados sean los correctos y reflejen la realidad, de lo contrario se pierde credibilidad de la información.

## **4.9. RESULTADOS ESPERADOS**

Con la investigación esperamos comprobar la hipótesis, es así que al aplicar los instrumentos de investigación esperamos obtener resultados favorables que explique la realidad del fenómeno estudiado.

**CAPITULO V:**  
**PRESENTACION DE**  
**RESULTADOS**

## 5.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

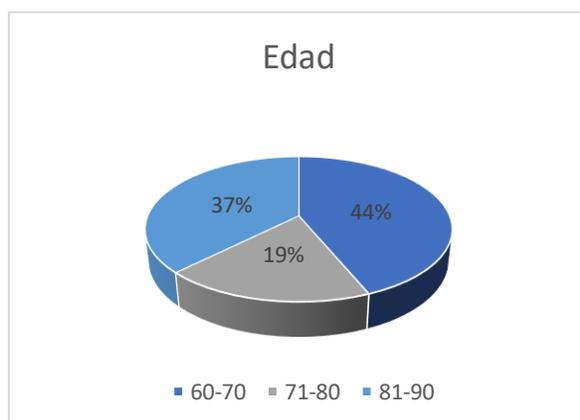
### 5.1.1. DATOS GENERALES

Tabla 1: Edad

Edad	F	%
60-70	7	44%
71-80	3	19%
81-90	6	37%
Total:	16	100%

Fuente: Guía de Entrevista

Gráfica 1.



Fuente: Tabla 1.

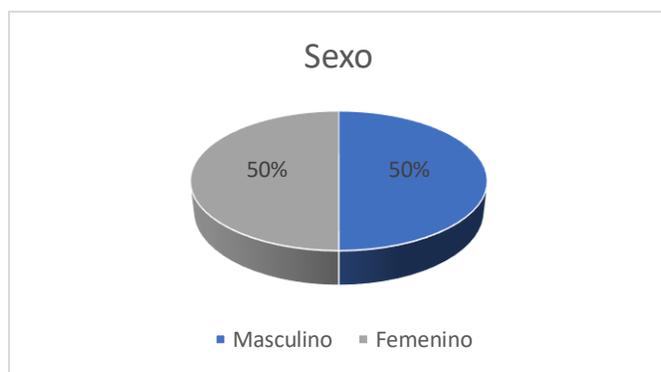
**Descripción:** La gráfica 1 indica que en la población entrevistada el 44% tenía entre 60-70 años, seguidos por un 37% en el rango de 71-80 años y el 19% restante en el rango de 81-90.

Tabla 2. Sexo

Sexo	F	%
Masculino	8	50%
Femenino	8	50%
Total:	16	100%

Fuente: Guía de Entrevista

Gráfica 2.



Fuente: Tabla 2.

**Descripción:** En la gráfica 2 se refleja que el tamaño de la muestra fue de 16 entrevistados, de los cuales 50% corresponde al sexo masculino y el otro 50% al sexo femenino.

Tabla 3. Nivel Educativo

Nivel	F	%
Educativo		
Nivel Básico	4	25%
Ninguno	12	75%
Total:	16	100%

Fuente: Guía de Entrevista

Gráfica 3.



Fuente: Tabla 3.

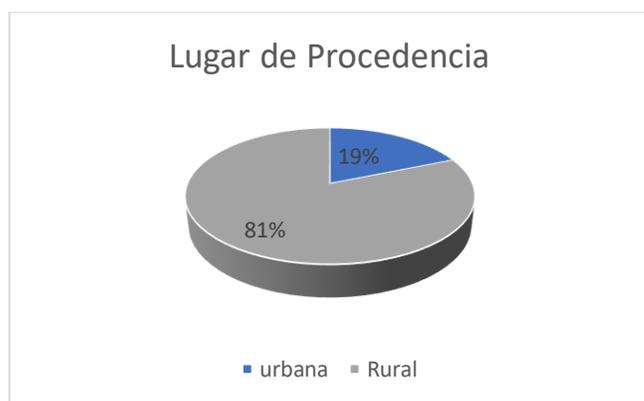
**Descripción:** La gráfica 3 indica que en términos de educación, se ve reflejado que la mayor parte de los entrevistados es decir el 75% no ha estudiado, siendo únicamente el 25% curso nivel básico.

Tabla 4. Lugar de Procedencia

Lugar de Procedencia	F	%
Urbana	3	19%
Rural	13	81%
Total:	16	100%

Fuente: Guía de Entrevista

Gráfica 4.



Fuente: Tabla 4.

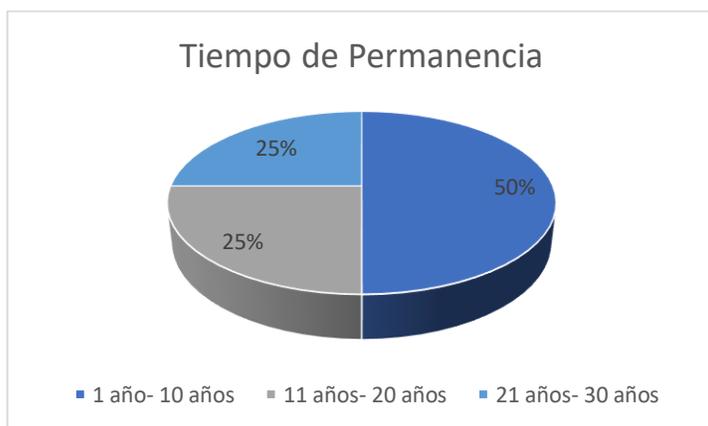
**Descripción:** En la gráfica 4 se observa que el 81% de la muestra pertenece a la zona rural, y 19% restante corresponde a la zona urbana.

Tabla 5. Tiempo de Permanencia

Tiempo de Permanencia	F	%
1 año- 10 años	8	50%
11 años- 20 años	4	25%
21 años- 30 años	4	25%
Total:	16	100%

Fuente: Guía de Entrevista

Gráfica 5.



Fuente: Tabla 5.

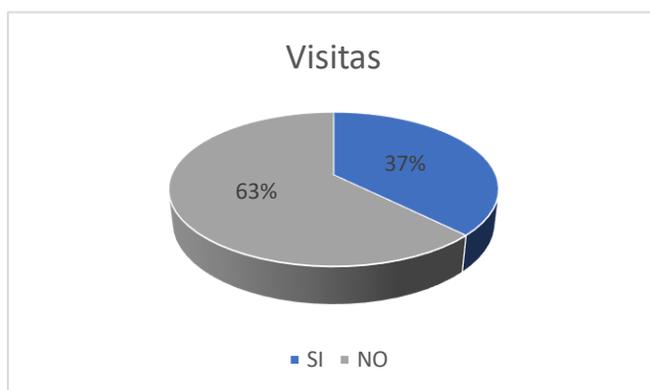
**Descripción:** En cuanto al tiempo de permanencia en el Asilo San Antonio la gráfica 5 refleja que el 50% de la muestra tiene entre 1-10 años de permanecer institucionalizados, 25% tiene entre 11- 20 años y entre 21-30 años de permanencia suma el 25% restante.

Tabla 6. Recibe Visitas

Recibe Visitas	F	%
SI	6	37%
NO	10	63%
Total:	16	100%

Fuente: Guía de Entrevista

Gráfica 6.



Fuente: Tabla 6.

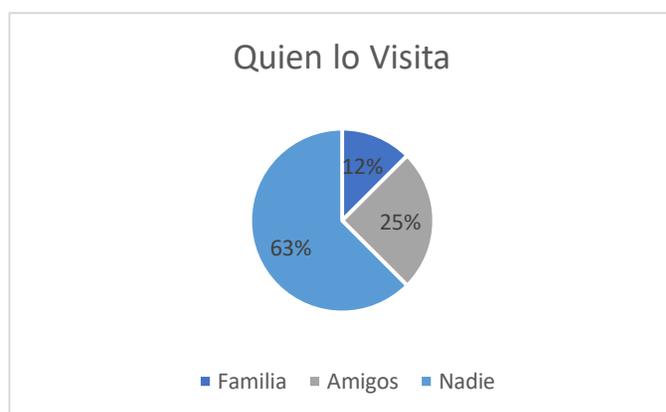
**Descripción:** Respecto a si recibe visitas en la gráfica 6 se observa que el 63% no recibe, solamente el 37% de la muestra.

Tabla 7. Quién lo visita

Quien lo visita	F	%
Familia	2	25%
Amigos	4	12%
Nadie	10	63%
Total:	16	100%

Fuente: Guía de Entrevista

Gráfica 7.



Fuente: Tabla 7.

**Descripción:** La gráfica 7 representa las visitas que reciben los participantes, el 63% no recibe ningún tipo de visita, 25% las recibe de parte de familia y 12% de amigos.

Tabla 8. Causa de institucionalización

Causa de Institucionalización	F	%
Vivía solo	7	44%
Vivía en la calle	1	6%
Llevado por personas altruistas	1	6%
Llevado por familiares	7	44%
Total:	16	100%

Fuente: Guía de Entrevista

Gráfica 8.



Fuente: Tabla 8.

**Descripción:** La gráfica 8 representa las causas de la institucionalización, el 44% vivía solo, otro 44% fue llevado por familiares, un 6% vivía en las calles y 6% fue llevado por personas altruistas.

## 5.2 RESULTADOS DE TEST PSICOLÓGICOS

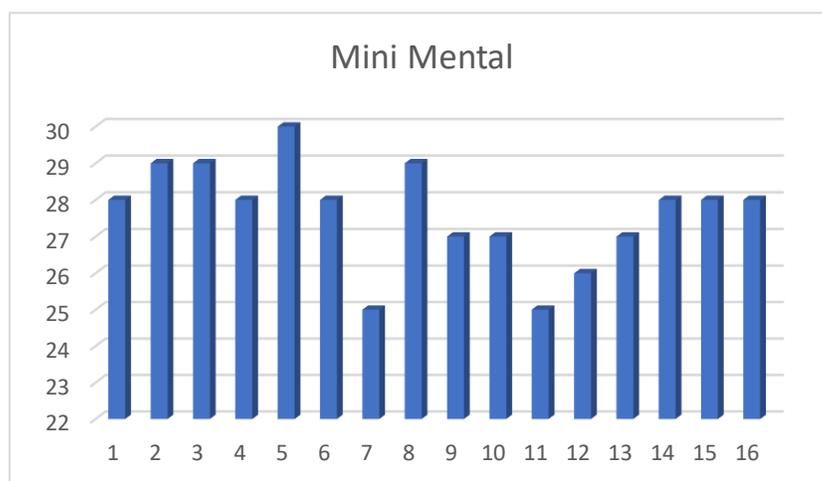
Tabla 9. Mini Mental

Puntuaciones de Referencia		Participantes
Normal	25 o mas	16
Sospecha Patológica	24 o menos	0
Deterioro	12-24	0
Demencia	9-12	0
Total:		16

Fuente: Test Mini Mental

Sujetos	Puntuación
1	28
2	29
3	29
4	28
5	30
6	28
7	25
8	29
9	27
10	27
11	25
12	26
13	27
14	28
15	28
16	28

Grafica 9.



Fuente: Tabla 9

**Descripción:** En la gráfica 9 se observa las puntuaciones de referencia del test utilizado, el 100% de los participantes no presenta deterioro cognitivo.

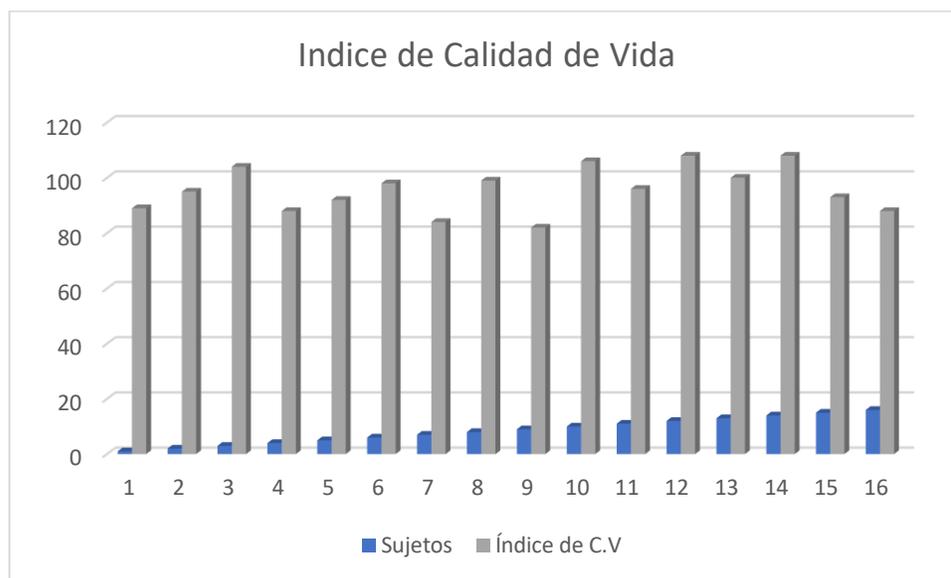
### 5.2.2 Escala FUMAT

Tabla 10. Índice de Calidad de Vida

Sujetos	Índice de C.V
1	89
2	95
3	104
4	88
5	92
6	98
7	84
8	99
9	82
10	106
11	96
12	108
13	100
14	108
15	93
16	88

Fuente: Escala FUMAT

Gráfica 10.



Fuente: Tabla 10

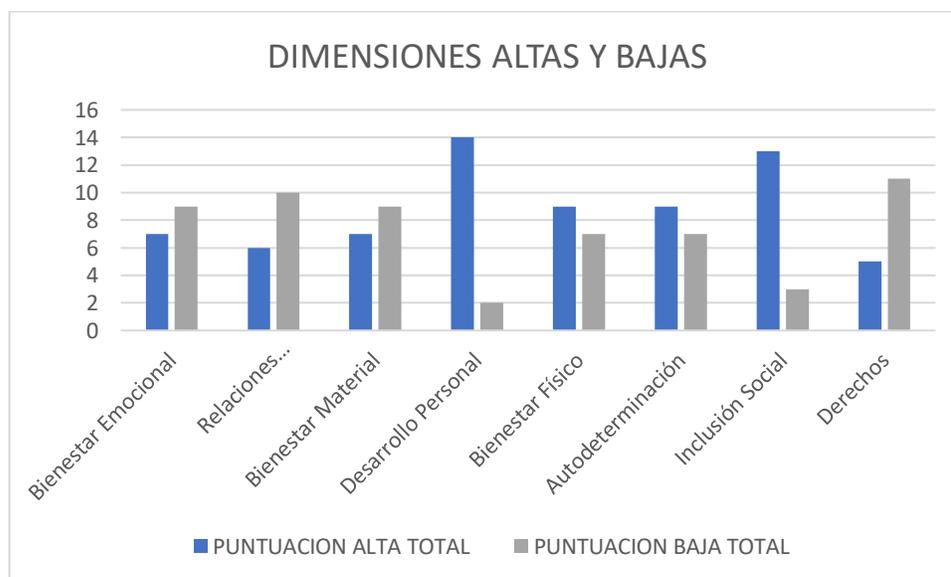
**Descripción:** La gráfica 10 refleja el Índice de Calidad de Vida de los 16 sujetos entrevistados del Asilo San Antonio, San Miguel.

Tabla 11. Tabla General de Resultados por Dimensiones

ESCALA FUMAT		
<u>DIMENSIONES</u>	<u>PUNTUACION ALTA TOTAL</u>	<u>PUNTUACION BAJA TOTAL</u>
Bienestar Emocional	7	9
Relaciones Interpersonales	6	10
Bienestar Material	7	9
Desarrollo Personal	14	2
Bienestar Físico	9	7
Autodeterminación	9	7
Inclusión Social	13	3
Derechos	5	11

Fuente: Escala FUMAT

Gráfica 11.



Fuente: Tabla 11.

**Descripción:** La grafica 11 muestra las puntuaciones altas y bajas por dimensiones.

Tabla 12. Percentiles

---

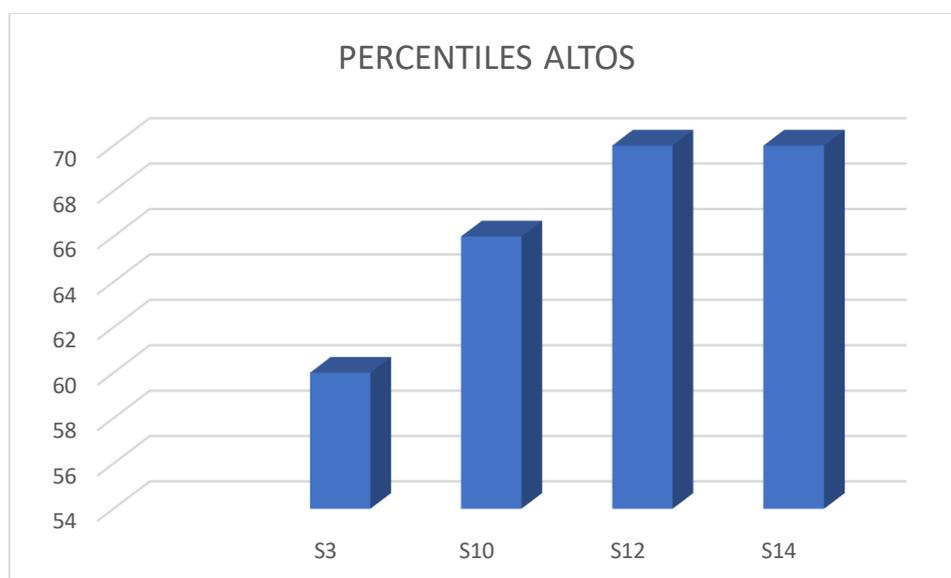
*Percentiles Altos en Calidad de Vida*

<i>N°de</i>	<i>Total en Percentil</i>
<i>Sujeto</i>	
S3	60
S10	66
S12	70
S14	70

---

Fuente: Escala FUMAT

Gráfica 12.



Fuente: Tabla 12.

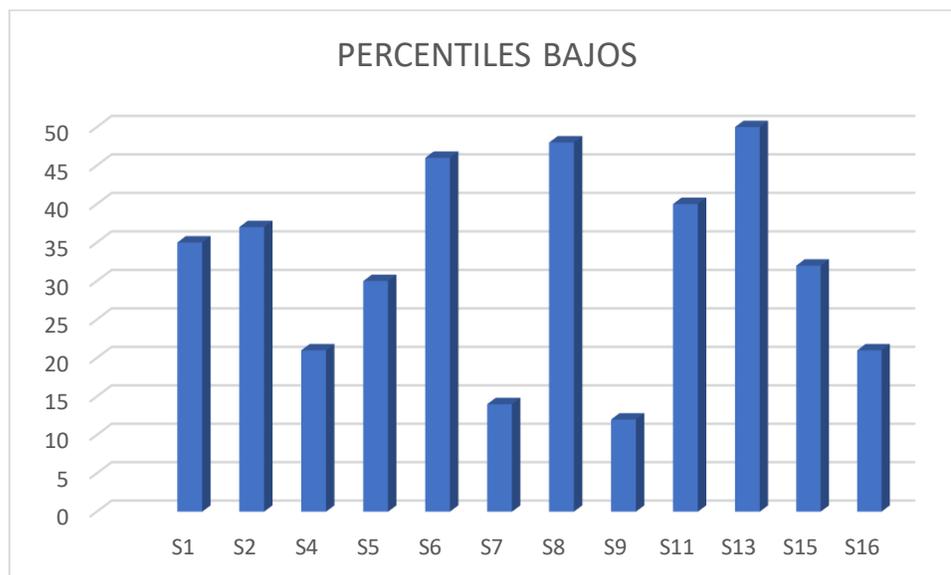
**Descripción:** La gráfica 12 refleja los resultados de percentiles altos en calidad de vida, 60, 66, 70, 70.

Tabla 13. Percentiles Bajos de Calidad de Vida.

<i>Percentiles Bajos en Calidad de Vida</i>	
<i>Nºde</i>	<i>Total en Percentil</i>
<i>Sujeto</i>	
<b>S1</b>	35
<b>S2</b>	37
<b>S4</b>	21
<b>S5</b>	30
<b>S6</b>	46
<b>S7</b>	14
<b>S8</b>	48
<b>S9</b>	12
<b>S11</b>	40
<b>S13</b>	50
<b>S15</b>	32
<b>S16</b>	21

Fuente: Escala FUMAT

Gráfica 13.



Fuente: Tabla 13

**Descripción:** La gráfica 13 refleja los resultados de percentiles bajos en calidad de vida, 35, 37, 21, 30, 46, 14, 48, 12, 40, 50, 32, 21.

## 5.2.3 TEST PARA EVALUAR DESARROLLO EMOCIONAL

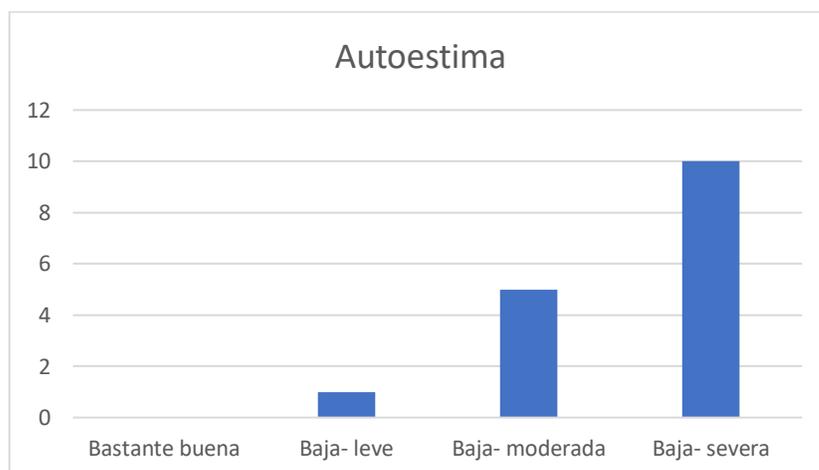
### 5.2.3.1 EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA DE SORENSE

Tabla 14. Autoestima

Nivel de Autoestima	F	%
Bastante buena	0	0%
Baja- leve	1	6%
Baja- moderada	5	31%
Baja- severa	10	63%
Total:	16	100%

Fuente: Evaluación de la autoestima de Sorensen

Gráfica 14.



Fuente: Tabla 14.

**Descripción:** La gráfica 14 refleja los porcentajes de autoestima, el 63% presenta el nivel de autoestima baja-severa, 31% baja-moderada, el 6% baja-leve y 0% bastante buena.

### 5.2.3.2 ESCALA DE DEPRESIÓN

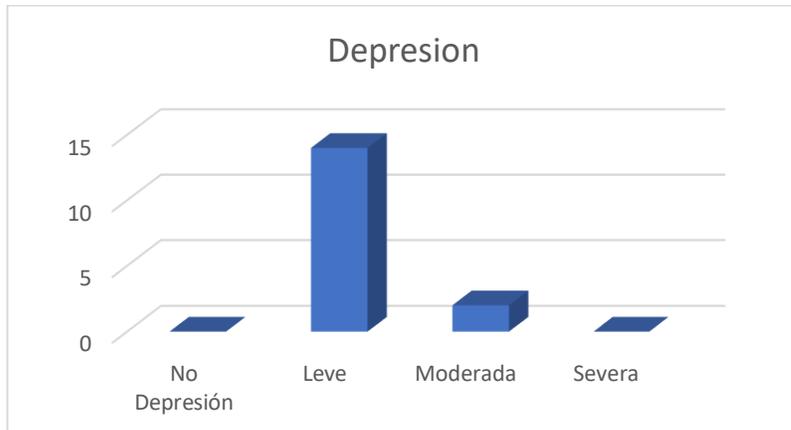
TABLA 15. Depresión

Diagnostico	F	%
No Depresión	0	0%
Leve	14	87%
Moderada	2	13%
Severa	0	0%
Total:	16	100

%

Fuente: Autoescala de Zung y Conde

Gráfica15.



Fuente: Tabla 15.

**Descripción:** La gráfica 15 refleja los porcentajes diagnósticos de depresión, el 87% presenta leve depresión, 13% está dentro del diagnóstico moderado, no representan ningún porcentaje la no depresión y depresión severa.

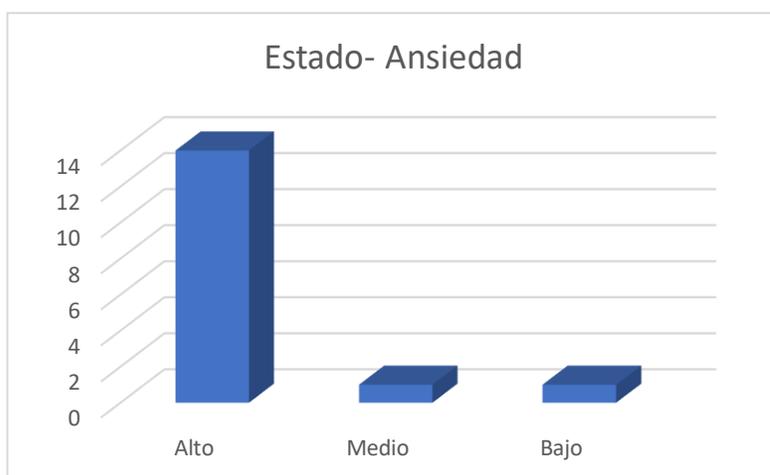
### 5.2.3.3 Inventario de Ansiedad

Tabla 16. Ansiedad- Estado

Estado	F	%
Alto	14	88%
Medio	1	6%
Bajo	1	6%
Total:	16	100%

Fuente: Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado de Ch Spielberger

Gráfica 16. Ansiedad



Fuente: Tabla 16.

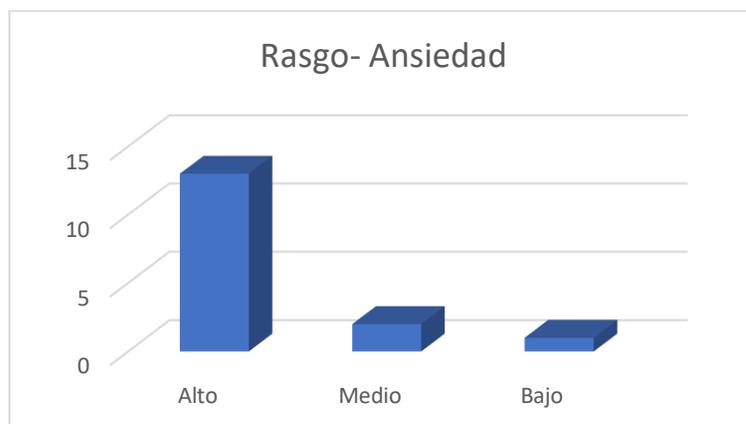
**Descripción:** La gráfica 16 muestra los resultados del estado de ansiedad el 88% presenta un estado alto de ansiedad, el 6% presenta un estado medio y el 6% restante un estado bajo de ansiedad.

Tabla 17. Ansiedad- Rasgo

Rasgo	F	%
Alto	13	81%
Medio	2	13%
Bajo	1	6%
Total:	16	100%

Fuente: Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado de Ch Spielberger

Gráfica 17.



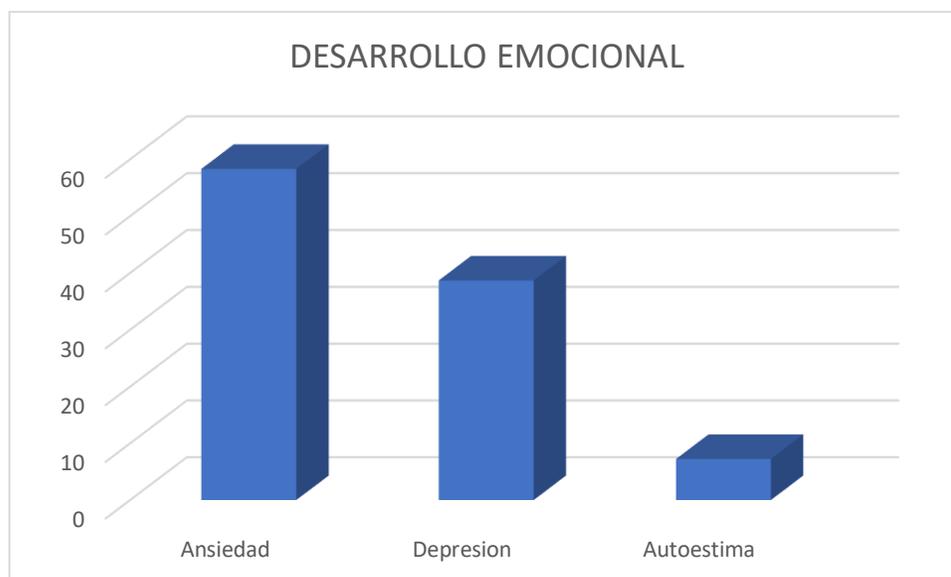
Fuente: Tabla 17.

**Descripción:** La gráfica 17 muestra los resultados del rasgo de ansiedad el 81% presenta un rasgo alto de ansiedad, el 13% presenta un estado medio y el 6% restante un rasgo bajo de ansiedad.

Tabla 18. Resultados globales de desarrollo emocional.

Conducta	Puntos	Puntuación Global	Diagnóstico
Ansiedad	933	58.31	Alto
Depresión	619	38.68	Leve
Autoestima	346	21.62	Baja

Fuente: Instrumentos Psicológicos



Fuente: Tabla 18

**Descripción:** La grafica presenta los resultados globales, Ansiedad Alta, Depresión Leve y Autoestima Baja.

### 5.3 PRUEBA DE HIPOTESIS

Para medir el impacto que ejerce la variable CV en el DE del Adulto Mayor que se encuentran en el Asilo San Antonio se realiza la correlación ejercida entre ambas variables, utilizando el estadístico Tau-b de Kendall apoyado por el de correlación de Spearman para ello realizamos los siguientes pasos:

#### **Establecimiento de hipótesis**

Hi:  $r=+1$

Ho:  $r=-1$  o  $r=0$

#### **Establecimiento de la significación**

Usando la tabla de correlación de Spearman a un 95% de confiabilidad, entonces

$r=0.429$

$\alpha=0.05$

$1-\alpha=0.95$

### Determinando el valor “r” con los datos muestrales

		Desarrollo emocional					
		Bueno		Malo		Total	
		Recuento	% del N de tabla	Recuento	% del N de tabla	Recuento	% del N de tabla
Calidad de Vida	Alto	4	25.0%	0	0.0%	4	25.0%
	promedio	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Baja	0	0.0%	12	75.0%	12	75.0%
	Total	4	25.0%	12	75.0%	16	100.0%

#### Medidas simétricas

		Valor	Error estandarizado asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	1.000	.000	3.464	.001
	Correlación de Spearman	1.000	.000 <sup>c</sup>		
Intervalo por intervalo	R de Pearson	1.000	.000 <sup>c</sup>		
N de casos válidos		16			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Con lo cual tenemos  $r=1.00$  y significancia 0.00.

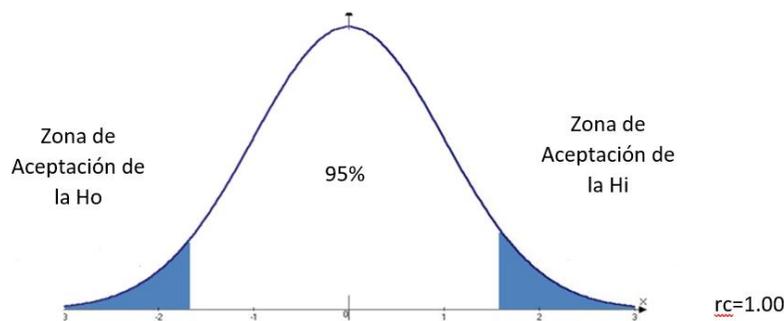
### Reglas de decisión

Si  $rc > rt$  entonces se acepta la  $H_1$ .

Si  $rc < rt$  entonces se acepta la  $H_0$ .

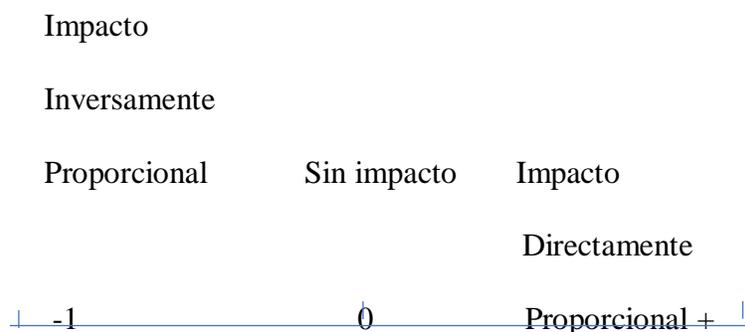
### Decisión estadística

Dado que el  $rc=1.00$  es mayor que el  $rt=0.429$ , entonces se acepta la  $H_1$ , la cual dice de la siguiente manera: El impacto producido por la calidad de vida en el desarrollo emocional de los adultos mayores que se encuentran en el Asilo San Antonio es directamente proporcional.



### Conclusión de la hipótesis

A partir de los resultados descriptivos y de la prueba de hipótesis decimos que la calidad de vida tiene un impacto total en la modificación de la variable desarrollo emocional, según el siguiente diagrama:



#### 5.4 DISCUSION

En la presente investigación se obtuvo hallazgos significativos respecto a las características sociodemográficas, donde se evidencia una CV baja tanto en hombres como las mujeres que oscilan entre las edades de 65 a 90 años. Siendo en las mujeres los puntajes más bajos y esto se puede deber a la forma en cómo las mujeres perciben su bienestar emocional, físico, psíquico, social, espiritual y la satisfacción personales con la vida, esto depende en su gran parte de sus propios valores, creencias, contexto cultural e historia personal. Esto se corrobora con la definición que da la OMS sobre la CV en donde hace referencia que la CV es una percepción individual de la propia posición en la vida de la persona.

"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". (OMS, 2002).

Los resultados obtenidos en la investigación indican que existe un impacto positivo de la Calidad de Vida en el Desarrollo Emocional del ADM, debido a que la variable de Desarrollo

Emocional obtuvo un porcentaje total de 75% que representan los participantes de la investigación con un diagnóstico de DE malo, mientras que el 25% presentan un DE Bueno.

Esto se corrobora en los resultados bajos obtenidos en cuatro de las ocho dimensiones de la Escala FUMAT, las cuales son: Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material y Derechos. Dimensiones que tienen alta relación con un desarrollo emocional positivo. En términos generales existe un Desarrollo Emocional Malo, porque el adulto mayor percibe un sentimiento de insatisfacción consigo mismo y con su vida en general, sumado a relaciones interpersonales deficientes, la falta de seguridad en sí mismo, abandono familiar, baja autoestima, una ansiedad alta y depresión leve, que provocan un desenvolvimiento no equilibrado del adulto mayor en el ambiente en el que se desarrolla.

El diagnóstico obtenido para las tres dimensiones para evaluar Desarrollo Emocional que confirman la presencia de Ansiedad alta, Depresión Leve y Autoestima Baja Severa.

Para explicar el impacto de la Calidad de Vida en el Desarrollo Emocional más específicamente se establecerán los respectivos cruces de las tres dimensiones utilizadas para medir el Desarrollo Emocional con las dimensiones de Calidad de Vida:

La ansiedad alta en el adulto mayor se ve relacionada con el indicador de insatisfacción de la dimensión de bienestar emocional de la Escala FUMAT, lo que demuestra que tanto su vida como el ambiente no cumple con sus expectativas, dichas expectativas se ven divididas en estos aspectos: vivienda, condiciones de servicio, contar con ingresos

económicos ya sean provenientes de jubilación o ayuda de familiares, que forman parte del Bienestar Material y que a su vez se relaciona con la dimensión de Autodeterminación, que indica la no autonomía económica. La no capacidad de decidir, puesto que la decisión de su ingreso al Asilo fue decisión de su familias, ellos no tomaron dicha decisión. La ultima dimensión relaciona es la de Bienestar Físico que indica que al presentar deterioro de los sentidos como visión, audición y funciones principales como la memoria, movilidad y el control de los esfínteres les impide realizar las actividades cotidianas por sí mismos, esto genera preocupación constante por depender de otros, en este caso de los cuidadores. Es cuando entra el factor estructural y el funcional en juego, a que los referimos con la estructura a los apoyos por parte del Estado en el cumplimiento de las políticas destinadas a la atención en salud de los ADM. Mientras que la parte funcional del Bienestar Físico seria, en qué medida los cuidadores ayudan a mantener un comportamiento saludable en el ADM como lo indica (Ardila, 2003) "...es por ello que la atención de salud de los ADM, consiste en ayudarlos a mantener un comportamiento saludable, promover su bienestar y salud general, dispensarle cuidados de forma continua que abarquen una amplia gama de posibilidades como en las enfermedades agudas y de largo plazo. "

La Depresión Leve en el ADM se relaciona con la dimensión de Bienestar Emocional específicamente con los indicadores de estabilidad emocional (Salud Mental), la satisfacción, los sentimientos negativos y con la relación de pareja. El no constar con asistencia psicológica, un profesional de la salud mental que los escuche y los oriente generaría un sentimiento mayor de abandono, al no poderse expresar sus sentimientos, emociones y pensamientos, por lo tanto la satisfacción consigo mismos y con su vida recibe una percepción

negativa, produciendo los sentimientos negativos producto del abandono familiar y de amistades cercanas que no los visitan en el Asilo, por lo tanto las relaciones interpersonales juegan un papel fundamental en la construcción de una estabilidad emocional del Adulto Mayor, el sentirse apreciado, querido y cuidado por la familia o por una pareja generaría una sensación de bienestar psicológico y emocional en el ADM, es entonces que observamos que falta de dichas redes de apoyo están afectando actualmente y produciendo esta depresión leve.

Otros aspectos a destacar son Bienestar Material y Bienestar Físico. Entonces en qué medida el ambiente en el que habita el ADM y el cómo va deteriorándose su cuerpo genera esta depresión leve. Los hallazgos indican que la vivienda vista como infraestructura, no se percibe como un lugar confortable para el adulto mayor, todo lo que respecta a la privacidad y el poder disponer de los recursos materiales propios, el no tener una jubilación o ingresos de otro medio para el poder de adquisición general que no se satisfaga las necesidades básicas para la autorrealización del mismo.

El deterioro físico, que afecta a la propia autonomía, la capacidad funcional de cuerpo que se ve en proceso de degeneración por la edad, que trae enfermedades, y la disminución de la movilidad y energía para realizar las actividades, afecta directamente en el estado emocional del adulto mayor generando la depresión leve por la propia dificultad para mantenerse con la vitalidad y energía que le permitan realizar las actividades de la vida cotidiana por sí mismo, sumado a la añoranza del pasado cuando podía realizar todo por ellos mismos, teniendo en cuenta que la mayoría de los Adultos Mayores evaluados trabajaron y fueron activos

físicamente durante su juventud y adultez. Genera lo que es un sentimiento de incapacidad que a su vez se ve relacionado con la baja autoestima.

"Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. El estado Depresivo, da como resultado la auto percepción de que no puede realizar las actividades por sí mismo, se perciben como incapaces. "(Informe de Depresión, Febrero, 2017, de la OMS).

La autoestima baja en el adulto mayor se relaciona con la dimensión de Bienestar Emocional con el indicador de auto concepto, que evalúa sentimientos de incapacidad e inseguridad en el Adulto mayor. Estos hallazgos indican que el adulto mayor se auto percibe y autoevalúa negativamente, la incapacidad e inseguridad indicaría que no puede manejarse por sí mismo con total libertad. Las relaciones interpersonales deficientes contribuyen a la baja autoestima porque el adulto mayor no obtiene apoyo, reconocimiento y recompensas por sus pequeños logros, por lo tanto el factor social representa un factor principal para el desarrollo de una autoestima alta. Es entonces que el factor emocional se ve afectado por la ausencia de la familia como apoyo en esta que representa la última crisis del desarrollo humano, y que es de vital importancia para afrontar de forma satisfactoria, entonces concluimos que al verse afectadas las relaciones interpersonales afectan directamente a la autoestima.

Otro aspecto relevante es que culturalmente se sienten menospreciados por no ser igual de productivos que la población joven, este sentimiento el rechazo representa para la tercera un aspecto clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características.

Otra de las dimensiones vinculadas con la percepción de inseguridad y abandono que experimentan los adultos mayores radica en el hallazgo en la dimensión de Derechos, donde en su mayoría los resultados muestran que no ejercen sus derechos, desconocen sus derechos legales, no cuentan con asistencia legal, y que no acceso a la información de sus derechos como adulto mayor.

En base a los datos y hallazgos obtenidos en esta investigación indican un impacto positivo en el desarrollo emocional del adulto mayor, debido a que este no cuenta con un desenvolvimiento equilibrado de sí mismo y dentro de la sociedad donde este sea capaz de identificar sus propias emociones y darles un manejo adecuado, así como aceptarse a sí mismo y a los demás.

Basado en los resultados bajos obtenidos en las dimensiones de: Bienestar Emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar Material y Derechos, contrastado con los hallazgos de DE con un diagnostico negativo. Concluimos que la CV impacta en el DE del ADM, por lo tanto se aprueba la Hipótesis de Investigación: “el impacto de la calidad de vida es positivo en el desarrollo emocional del ADM”.

Esto es apoyado en el concepto dado por La OMS y la OPS (2002), que establece:

Que, “para que una persona tenga una buena Calidad de Vida se necesita que día a día se trabaje con los siguientes componentes: Bienestar emocional: satisfacción, felicidad, relaciones interpersonales: relaciones sociales y familiares, bienestar material: vivienda, casa, jubilación, desarrollo personal: habilidades funcionales, bienestar físico: energía, vitalidad, movimiento, autodeterminación: establecimiento de metas Integración social: apoyo, amistades y derechos la cual consiste en la defensa de los derechos”.

**CAPITULO VI:**

**CONCLUSIONES Y**

**RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación sobre el impacto de la calidad de vida en el desarrollo emocional del adulto mayor, en usuarios del Asilo San Antonio, podemos concluir que:

- Se logró conocer la Calidad de Vida y su impacto en el Desarrollo Emocional del adulto mayor, a partir de la aplicación de la Escala FUMAT y los resultados obtenidos para CV fueron 75 %, lo que indica un diagnóstico de CV bajo, en un total de 12 participantes de 16. Las dimensiones de la Escala FUMAT con puntuaciones más bajas en la muestra fueron: Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material y Derechos.
- Se valoró el Desarrollo Emocional del adulto mayor, a partir de tres dimensiones empleadas para medir dicha variable, los cuales son: Ansiedad, Depresión y Autoestima, en las cuales los rangos obtenidos en diagnóstico fueron: Ansiedad Alta con un 88%, Depresión Leve con un 87% y Autoestima baja severa con un 63%.
- Se determinó que existe relación entre las variables, tanto con los resultados obtenidos mediante los Instrumentos y su corroboración con la prueba de hipótesis, que indican un impacto positivo con un 75% Calidad de Vida Baja en el Desarrollo Emocional Negativo del Adulto Mayor.

- En términos generales concluimos la investigación, con el hallazgo que la Calidad de Vida representa un factor determinante en el Desarrollo Emocional del Adulto Mayor partiendo que dadas las condiciones tanto como físicas, materiales, y emocionales representan un papel fundamental en la estabilidad tanto emocional como psicológica del ADM, dadas estas condiciones de una CV satisfactoria y un apoyo familiar permanente, permitirá que el proceso de envejecimiento en el ADM sea vivido como una etapa llena de estabilidad emocional, plenitud y seguridad.

## 6.2 RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos, se realizan las siguientes recomendaciones.

### **A la Universidad de El Salvador.**

Realizar convenios o cartas de entendimiento con el Asilo San Antonio para que estudiantes en prácticas psicológicas o en servicio social brinden terapia individual o grupal de acuerdo a necesidades detectadas.

### **Al Asilo San Antonio.**

Contar con personal en el área de psicología que se encargue de las personas ADM, desarrollando así programas que promuevan la SM.

### **A futuros investigadores:**

Continuar realizando investigaciones en el Asilo San Antonio sobre calidad de vida, con el objetivo de detectar necesidades y brindar el tratamiento respectivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi A. Taboada, O. Castro, C. Vásquez, V. (2006) Depresión Revista Médicos Especialistas en Psiquiatría.
- American Psychiatric Association. 2002. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales/DSM-IV-TR, Editorial Masson. España
- Anónimo. Factores de la autoestima. Recuperado de: <http://factoresdelautoestima.com/>
- Ardila (2003) Revista de la Asociación Colombiana de Geriatria y Gerontología (2002). Colombia. Recuperado de file:///C:/Users/Blanca/Desktop/revista-16-2.pdf
- Asociación Mexicana de Gerontología y geriatría. Cultura del Envejecimiento. Recuperado de: <http://amgg.com.mx/sobre-el-envejecimiento/la-importancia-de-la-autoestima-en-el-adulto-mayor/>
- Ayuso.1988; Bulbena, 1986.

- Bartolomé Yankovic. 2011. Emociones, sentimientos, afecto. El desarrollo emocional. Definición Desarrollo Emocional. Recuperado de: [http://www.educativo.otalca.cl/medios/educativo/profesores/basica/desarrollo\\_emocion.pdf](http://www.educativo.otalca.cl/medios/educativo/profesores/basica/desarrollo_emocion.pdf)
- Beck.1971. Síntomas de la Depresión.
- Belmares. P. 2014 Ansiedad en Adultos Mayores. Recuperado de: <https://bellandpcinfografic.wordpress.com/2014/08/26/la-ansiedad-en-los-adultos-mayores/>
- Busto. F; L y Sánchez. J; P 2012: Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados. Recuperado de: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2082/1/Luisa%20Fernanda%20Bustos%20Angulo.pdf>
- Monterrosa, Carlos 2011, <https://bellandpcinfografic.wordpress.com/2014/08/26/la-ansiedad-en-los-adultos-mayores/>
- Campos, T, Francisco, 2011. Calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. Recuperado de [http://adulthood.uc.cl/docs/guia\\_calidad\\_de\\_vida.pdf](http://adulthood.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf)

- Explorable. 2009 Muestreo No Probabilístico. Recuperado de:  
<https://explorable.com/es/muestreo-no-probabilistico>
- Franch. J; V.Epidemiología de la depresión en el anciano. Recuperado en  
[http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2002/01\\_167\\_04.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/01_167_04.htm)
- Fernández.2009.Elementos importantes en la calidad de vida de los adultos mayores.p.21.
- Hernández Sampieri, R. 2010. El proceso de investigación - Enfoques cuantitativo y cualitativo. Recuperado de:  
<http://www.altillo.com/exámenes/uba/cssociales/carrcomunicacion/metodoinvest/metodoinvest2010resusampieri.asp>
- Malloí. L y otros. Relación de la Actividad Física con la Depresión y Satisfacción con la vida en la tercera edad. Revista de Psicología del Deporte 2001. Vol. 10, núm. 2, pp. 239-246 .Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v10n2p239.pdf>
- Moreno López, Marta 2012, Editorial Santa Fe, México, Autoestima y tercera edad, <http://factoresdelautoestima.com/>

- Muñoz Recarte. A.Aesthesis. Terapia Psicológica. Ansiedad. Recuperado de: <http://www.psicologosmadridcapital.com>
- OMS. 1993. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE 10) EspañaIbidim
- OMS. 2002. Definición de Calidad de Vida. Recuperado de: <http://www.who.int/es>
- OMS y la OPS. 2002. Estado de salud funcional del adulto mayor. Recuperado de:<http://www.who.int/es>
- Valencia. C. 2017. Autoestima. Recuperado de: <http://www.laautoestima.com/abraham-maslow.htm>
- Velandia, A. 1994. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; p. 300.
- Verdugo, 2003. Definición de Calidad de Vida.
- Villanueva. L;A., El envejecimiento: Una perspectiva global .Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2000/gg003d.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO 1: Carta de Permiso.

Ciudad Universitaria Oriental, Lunes 23 de Enero de 2017

Sor. Ceferina Sánchez Canales

Directora del Asilo San Antonio, San Miguel

Presente.

Reciba un cordial saludo de parte de la Universidad de El Salvador, oportunidad que aprovecho para desearle éxitos en la administración de su distinguida institución.

El motivo por el cual me dirijo respetuosamente a usted es para solicitarle formalmente su autorización y permiso para que:

Br. Katherine Eneyda Carranza Garciaguirre      N° de Carnet CG09054

Br. Carla Margarita Larios Palacios              N° de Carnet LP12003

Br. Ivania María Portillo Pereira                N° de Carnet PP09035

Estudiantes en proceso de Trabajo de Graduación de la carrera Licenciatura en Psicología de la Facultad Multidisciplinaria Oriental; puedan realizar la investigación sobre el tema: “Calidad de vida y su impacto en el desarrollo emocional del adulto mayor”, la cual se desarrollaría durante los meses de febrero a Julio del presente año, tomando como población a los usuarios de dicha institución.

En espera de una respuesta favorable, se suscribe de usted.

Lic. Luis Roberto Granados

Asesor del Trabajo de Graduación

*“HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA”*

**ANEXO 2: Guía de Entrevista**

## I. Datos de Identificación.

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nivel académico: \_\_\_\_\_

Lugar de Procedencia: \_\_\_\_\_

Tiempo de permanencia en el Asilo: \_\_\_\_\_

Causa de Institucionalización: \_\_\_\_\_ Visita de familiares: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

## ANEXO 3: Test Mini Mental

## MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: \_\_\_\_\_ Varón [ ] Mujer [ ]  
 Fecha: \_\_\_\_\_ F. nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Estudios/Profesión: \_\_\_\_\_ Núm. Historia: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

¿En qué año estamos?	0-1	<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b> (máx. 5)	
¿En qué estación?	0-1		
¿En qué día (fecha)?	0-1		
¿En qué mes?	0-1		
¿En qué día de la semana?	0-1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0-1	<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL</b> (máx. 5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0-1		
¿En qué provincia estamos?	0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1		
Nombre tres palabras peseta-cabello-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1    Cabello 0-1    Manzana 0-1 (Balón 0-1    Bandera 0-1    Árbol 0-1)		Núm. de repeticiones necesarias <b>FIJACIÓN RECUERDO</b> inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1    27 0-1    24 0-1    21 0-1    18 0-1 (0 0-1    D 0-1    N 0-1    U 0-1    M 0-1)		<b>ATENCIÓN CÁLCULO</b> (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1    Cabello 0-1    Manzana 0-1 (Balón 0-1    Bandera 0-1    Árbol 0-1)		<b>RECUERDO DIFERIDO</b> (máx. 3)	
<b>DENOMINACIÓN.</b> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. <b>REPETICIÓN.</b> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. <b>ÓRDENES.</b> Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dóbla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. <b>LECTURA.</b> Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. <b>ESCRITURA.</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. <b>COPIA.</b> Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.		<b>LENGUAJE</b> (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia		<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b> (máx. 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

## ANEXO 4: Escala FUMAT

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	<input type="text"/>			
Nombre	<input type="text"/>	Fecha de aplicación	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo	<input type="checkbox"/> Varón	Edad cronológica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Mujer			
Dirección	<input type="text"/>			
Localidad/Provincia/CP	<input type="text"/>			
Teléfono	<input type="text"/>	Lengua hablada en casa	<input type="text"/>	

Nombre de la persona que completa el cuestionario	<input type="text"/>		
Puesto de trabajo	<input type="text"/>		
Agencia/Afiliación	<input type="text"/>		
Dirección	<input type="text"/>		
Correo electrónico	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>

Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Idioma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>BIENESTAR MATERIAL</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
		<b>Puntuación directa TOTAL</b>			

<b>DESARROLLO PERSONAL</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
		<b>Puntuación directa TOTAL</b>			

<b>BIENESTAR FÍSICO</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>AUTODETERMINACIÓN</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	3
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>DERECHOS</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

## RESUMEN

Sección 1a. Escala de Calidad de Vida Fumat			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles 3. Introducir el Índice de Calidad de Vida			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional			
Relaciones Interpersonales			
Bienestar Material			
Desarrollo Personal			
Bienestar Físico			
Autodeterminación			
Inclusión Social			
Derechos			
Puntuación Estándar TOTAL (suma)			
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b> (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de Vida			

Sección 1b. Perfil de Calidad de Vida										
Rodea la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida. Después une los círculos de las dimensiones con una línea para obtener el perfil										
Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80									112-114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									107-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60									103-104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50
45									98	45
40									95-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20									87-89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

## ANEXO 5: Inventario de Ansiedad

*Gracias por responder, los resultados de las preguntas son confidenciales-*

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

No	Vivencias	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Me siento a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Me siento con confianza en mi mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Estoy agitado				
14	Me siento a punto de explotar				
15	Me siento relajado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy preocupado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

No	Vivencias	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente	Casi siempre
21	Me siento mal				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme				
26	M siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mi mismo				
33	Me siento seguro				
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico				
36	Me siento satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y alterado				

## ANEXO 6: Escala de Depresión

### PRUEBA DE ZUNG Y CONDE

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

**Instrucciones:** Debajo aparecen diversas situaciones que le ocurren a las personas. Lea cada una y responda con qué frecuencia esto le ocurre a usted.

Observe que a la derecha aparecen cuatro columnas encabezadas con la frecuencia en que estas situaciones pueden ocurrir. “Muy pocas veces o no me ocurre”; “algunas veces”; “muchas veces” o “siempre me ocurre”

Para señalar su respuesta debe encerrar en un círculo el número que aparece en la misma fila de la situación que está analizando y debajo de la alternativa que usted escoja. Es decir, esta situación me ocurre a mí:

“Muy pocas veces o no me ocurre”;

“algunas veces”;

“muchas veces”

“siempre me ocurre”

Ahora puede comenzar.

	Ausente Muy débil Muy pocas veces o no	Débil mediano Algunas veces	Moderado intenso Muchas veces	Muy intensa Siempre
1. Me siento triste y deprimido	1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes	4	3	2	1
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar o a veces lloro	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches	1	2	3	4
5. Ahora tengo apetito como antes	4	3	2	1
6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto	4	3	2	1
7. Creo que estoy adelgazando	1	2	3	4
8. Estoy estreñado	1	2	3	4
9. Tengo palpitaciones	1	2	3	4
10. Me canso por cualquier cosa	1	2	3	4
11. Mi cabeza está despejada como siempre	4	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1

## 10.9. Autoescala de Depresión de Zung y Conde

La Autoescala de Depresión de Zung, data de 1965; la versión que se estudia en este acápite corresponde a la adaptación realizada por Zung y Conde, 1969; es un cuestionario de 20 ítems, los cuales investigan la frecuencia de aparición, en un sujeto, de tristeza, desesperanza, llantos, autocastigos, insatisfacciones, rumiación suicida, irritabilidad, indecisión, sueño, fatiga física, pérdida de peso, de apetito, estreñimiento, taquicardia, sexo, variación diurna, ralentización.

**Orientaciones al examinador:** Después del tiempo para el llenado de los datos generales, orientar al sujeto que se encuentra ante una prueba que tiene 20 situaciones, que debe evaluar una a una en relación a la frecuencia en que eso le ocurre a él.

Para evaluar con qué frecuencia esto le ocurre debe guiarse por los criterios de clasificación que aparecen al comienzo de cada columna de respuesta.

Es decir esta situación me ocurre a mí  
 “Muy pocas veces o no me ocurre”;  
 “algunas veces”;  
 “muchas veces”  
 “siempre me ocurre”

Tabla 10.8. de Calificación. Test de Depresión de Zung-Conde

Diagnóstico	Anotación
No Depresión	20-33
Depresión leve	34-40
Depresión moderada 41-54	41-47 Depresión neurótica media
	48-54 Depresión neurótica alta
Depresión severa	55-80

13. Me siento agitado e intranquilo. No puedo estar quieto	1	2	3	4
14. Tengo confianza o esperanza en el futuro	4	3	2	1
15. Me siento más irritable que habitualmente	1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Me creo útil y necesario a la gente	4	3	2	1
18. Encuentro agradable vivir	4	3	2	1
19. Sería mejor que muriera para los demás	1	2	3	4
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban	4	3	2	1

---

## ANEXO 7: Cuestionario de Autoestima

### EVALUACION DE LA AUTOESTIMA SORENSE

- |  |   |
|--|---|
| 1. ___ Generalmente me siento ansioso en situaciones sociales nuevas donde no sé qué se puede esperar de mí. | 16. ___ He evitado realizar cambios en mi vida porque tuve miedo de cometer un error o fracasar.  |
| 2. ___ Me resulta difícil escuchar críticas sobre mí.  | 17. ___ A menudo estoy a la defensiva y contraataco cuando percibo que me critican.   |
| 3. ___ Temo que me hagan parecer un tonto.   | 18. ___ No he logrado lo que soy capaz debido al miedo y a la evitación.  |
| 4. ___ Tiendo a magnificar mis errores y minimizar mis éxitos.   | 19. ___ Tiendo a permitir que el miedo y la ansiedad controlen muchas de mis decisiones.  |
| 5. ___ Soy muy crítico conmigo y con los demás.  | 20. ___ Suelo pensar en forma negativa la mayor parte del tiempo.   |
| 6. ___ Hay períodos en los que me siento devastado y / o deprimido.  | 21. ___ Me resulta difícil actuar en forma adecuada o sin turbación en lo que se refiere al sexo.   |
| 7. ___ Estoy ansioso o temeroso la mayor parte del tiempo.   | 22. ___ Soy una de dos cosas: una persona que revela demasiada información personal o una persona que rara vez revela información personal. |
| 8. ___ Cuando alguien me maltrata, pienso que debo haber hecho algo para merecerlo.                          | 23. ___ A menudo estoy tan ansioso que no sé qué decir.   |
| 9. ___ Tengo dificultad para saber en quién confiar y cuándo confiar.  | 24. ___ Postergo a menudo.  |
| 10. ___ A menudo siento que no sé decir o hacer lo correcto.   | 25. ___ Trato de evitar conflictos y confrontaciones.   |
| 11. ___ Me preocupa mucho mi apariencia.   | 26. ___ Me han dicho que soy muy sensible.  |
| 12. ___ Me avergüenzo con facilidad.   | 27. ___ De niño me sentía inferior o inadecuado.  |
| 13. ___ Creo que los demás se concentran mucho en lo que digo o hago, y lo critican.                         |   |
| 14. ___ Temo cometer un error que los demás puedan ver.  |   |
| 15. ___ Temo cometer un error que los demás puedan ver.  |   |

28. \_\_\_ Suelo creer que tengo estándares más elevados que los demás.
29. \_\_\_ A menudo creo que no sé lo que se espera de mí.
30. \_\_\_ A menudo me comparo con los demás.
31. \_\_\_ Con frecuencia tengo pensamientos negativos sobre mí y los demás.
32. \_\_\_ A menudo siento que los demás me maltratan o sacan ventaja de mí.
33. \_\_\_ De noche, con frecuencia examino mi día, y analizo lo que dije o hice o lo que los demás dijeron o me hicieron ese día.
34. \_\_\_ A menudo tomo decisiones en base a lo que agrada a los demás antes que en base a lo que yo deseo o incluso sin siquiera considerar lo que yo deseo.
35. \_\_\_ A menudo creo que los demás no me respetan.
36. \_\_\_ A menudo me abstengo de compartir mis opiniones, ideas y mis sentimientos en grupos.
37. \_\_\_ A veces miento cuando siento que la verdad podría resultar en críticas o rechazo.
38. \_\_\_ Temo decir o hacer algo que me hará parecer estúpido o incompetente.
39. \_\_\_ No establezco objetivos para el futuro.
40. \_\_\_ Me desaliento con facilidad.
41. \_\_\_ No soy muy consciente de mis sentimientos.
42. \_\_\_ Crecí en un hogar disfuncional.
43. \_\_\_ Creo que la vida es mucho más dura para mí que para los demás.
44. \_\_\_ A menudo evito situaciones en las que creo que me sentiré incómodo.
45. \_\_\_ Tengo tendencia a ser perfeccionista, necesitando parecer perfecto y hacer las cosas en forma perfecta.
46. \_\_\_ Me siento incómodo si salgo solo a comer fuera o si voy al cine o realizo otras actividades solo.
47. \_\_\_ A menudo me siento enojado o herido por el comportamiento o las palabras de los demás.
48. \_\_\_ A veces estoy tan ansioso o molesto que experimento la mayoría de lo siguiente: el corazón acelerado o que palpita, sudor; me siento lloroso, me sonrojo; siento dificultad al tragar o un nudo en la garganta; tiemblo, tengo poca concentración, mareos, náuseas o diarrea; nervios.
49. \_\_\_ Temo mucho las críticas, la desaprobación o el rechazo.
50. \_\_\_ Confío en la opinión de otros para tomar decisiones.

TU PUNTAJE

Si marcaste:

00-04 Afirmaciones . . . . .Tienes una autoestima bastante buena

05-10 Afirmaciones . . . . .Tienes una baja autoestima leve

11-18 Afirmaciones . . . . .Tienes una baja autoestima moderada

19-50 Afirmaciones . . . . .Tienes una baja autoestima severa

0

**ANEXO 8: Presupuesto**

<b>Concepto</b>	<b>Valor</b>
<b>Transporte</b>	\$250
<b>Impresiones y papelería</b>	\$200
<b>Alimentación</b>	\$275
<b>Imprevistos</b>	\$125
<b>Total:</b>	\$850

**ANEXO 9: Cronograma de Actividades**

ACTIVIDADES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO							
	SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS							
Planteamiento de ideas de investigación y elección del tema	█								█	█																						
Revisión de la literatura	█	█							█	█																						
Elaboración de la propuesta de investigación	█	█							█	█																						
Planteamiento del problema			█																													
Objetivo y Justificación				█																												
Sistema de hipótesis					█																											
Operacionalización de las variables						█																										
Elaboración de marco teórico							█																									
Presentación y validación de marco teórico								█																								
Metodología									█	█																						
Entrega del Protocolo de Investigación									█	█																						
Selección de la Muestra											█																					
Aplicación del Instrumento												█																				
Tabulación													█	█																		



**ANEXO 10: Recursos****Humanos:**

Participantes de la Investigación	Tutor
Personal del Asilo San Antonio	Investigadoras

**Materiales:**

Computadora	Escritorio
Papelería	Sillas
Impresora	Mesa
Lapicero	USB
Lápiz	Folders

### ANEXO 11: Tablas y Graficas

#### DATOS DEDESARROLLO EMOCIONAL

Sujetos	CV	Ansiedad	Depresión	Autoestima	Puntuación
1	Baja	Alta	Leve	Baja Severa	3
2	Baja	Alta	Leve	Baja Severa	3
3	Alta	Media	Leve	Baja Severa	1
4	Baja	Alta	Leve	Baja Severa	3
5	Baja	Alta	Leve	Baja Severa	3
6	Baja	Alta	Leve	Moderada	3
7	Baja	Alta	Leve	Baja Severa	3
8	Baja	Baja	Leve	Baja Severa	2
9	Baja	Alta	Leve	Baja Severa	3
10	Alta	Alta	Leve	Baja Moderada	1
11	Baja	Alta	Leve	Baja Moderada	3
12	Alta	Alta	Moderada	Baja Moderada	1
13	Baja	Alta	Leve	Baja Severa	3
14	Alta	Alta	Leve	Baja Leve	1
15	Baja	Alta	Leve	Baja Moderada	3
16	Baja	Alta	Moderada	Baja Severa	3

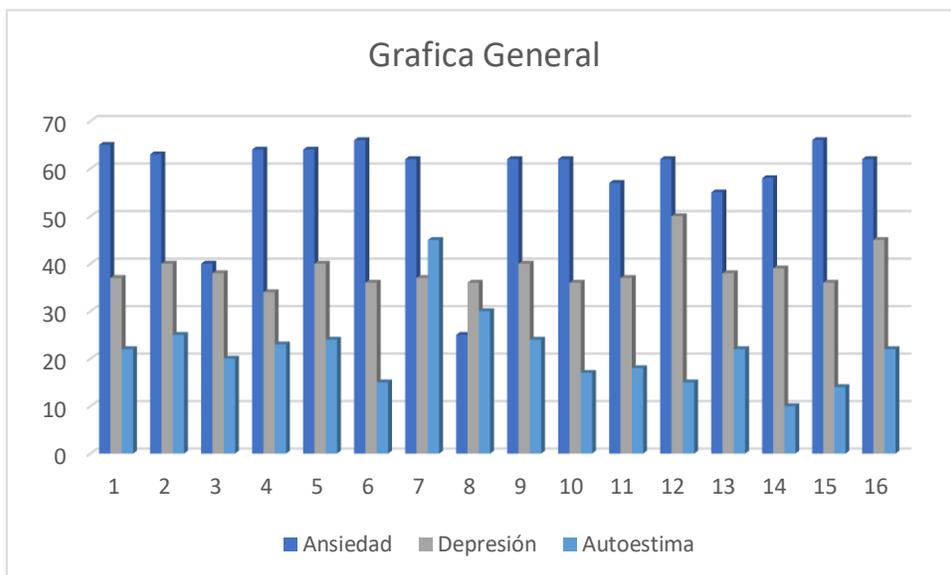
Fuente: Instrumentos Psicológicos

Ninguna	Bien	0
1 Mala	Bien	4
2-3 Malas	Mal	12

### Resultados de las dos variables.

Sujeto	CV	Ansiedad	Depresión	Autoestima	DE
1	35	65	37	22	41.33
2	37	63	40	25	42.67
3	60	40	38	20	32.67
4	21	64	34	23	40.33
5	30	64	40	24	42.67
6	46	66	36	15	39.00
7	14	62	37	45	48.00
8	48	25	36	30	30.33
9	12	62	40	24	42.00
10	66	62	36	17	38.33
11	40	57	37	18	37.33
12	70	62	50	15	42.33
13	50	55	38	22	38.33
14	70	58	39	10	35.67
15	32	66	36	14	38.67
16	21	62	45	22	43.00

Fuente: Instrumentos Psicológicos



**Descripción:** la gráfica muestra las puntuaciones obtenidas por los 16 sujetos que participaron en la investigación.

## ANEXO 13. Tabla de Valoraciones de Spearman.

6.7. Tabla de valores críticos del coeficiente de correlación de Spearman ( $r_s$ )

a (1): hipótesis de una cola

a (2): hipótesis de dos colas

$\alpha(2)$ : $\alpha(1)$ : n	0.50 0.25	0.20 0.10	0.10 0.05	0.05 0.025	$\alpha(2)$ : $\alpha(1)$ : n	0.50 0.25	0.20 0.10	0.10 0.05	0.05 0.025
4	0.600	1.000	1.000	1.000	51	0.096	0.182	0.233	0.276
5	0.500	0.800	0.900	1.000	52	0.095	0.180	0.231	0.274
6	0.371	0.657	0.829	0.888	53	0.095	0.179	0.228	0.271
7	0.321	0.571	0.714	0.786	54	0.094	0.177	0.226	0.268
8	0.310	0.524	0.643	0.738	55	0.093	0.175	0.224	0.266
9	0.267	0.483	0.600	0.700	56	0.092	0.174	0.222	0.264
10	0.248	0.455	0.584	0.648	57	0.091	0.172	0.220	0.261
11	0.238	0.427	0.556	0.618	58	0.090	0.171	0.218	0.259
12	0.217	0.406	0.503	0.587	59	0.089	0.169	0.216	0.257
13	0.209	0.385	0.484	0.560	60	0.089	0.168	0.214	0.255
14	0.200	0.367	0.464	0.538	61	0.088	0.166	0.213	0.252
15	0.189	0.354	0.446	0.521	62	0.087	0.165	0.211	0.250
16	0.182	0.341	0.429	0.503	63	0.086	0.163	0.209	0.248
17	0.176	0.328	0.414	0.485	64	0.085	0.162	0.207	0.246
18	0.170	0.317	0.401	0.472	65	0.085	0.161	0.206	0.244
19	0.165	0.309	0.391	0.460	66	0.084	0.160	0.204	0.243
20	0.161	0.299	0.380	0.447	67	0.084	0.158	0.203	0.241
21	0.156	0.292	0.370	0.435	68	0.083	0.157	0.201	0.239
22	0.152	0.284	0.361	0.425	69	0.082	0.156	0.200	0.237
23	0.148	0.278	0.353	0.415	70	0.082	0.155	0.198	0.235
24	0.144	0.271	0.344	0.406	71	0.081	0.154	0.197	0.234
25	0.142	0.265	0.337	0.398	72	0.081	0.153	0.195	0.232
26	0.138	0.259	0.331	0.390	73	0.080	0.152	0.194	0.230
27	0.136	0.255	0.324	0.382	74	0.080	0.151	0.193	0.228
28	0.133	0.250	0.317	0.375	75	0.079	0.150	0.191	0.227
29	0.130	0.245	0.312	0.368	76	0.078	0.149	0.190	0.226
30	0.128	0.240	0.306	0.362	77	0.078	0.148	0.189	0.224
31	0.126	0.236	0.301	0.356	78	0.077	0.147	0.188	0.223
32	0.124	0.232	0.296	0.350	79	0.077	0.146	0.186	0.221
33	0.121	0.229	0.291	0.345	80	0.076	0.145	0.185	0.220
34	0.120	0.225	0.287	0.340	81	0.076	0.144	0.184	0.219
35	0.118	0.222	0.283	0.335	82	0.075	0.143	0.183	0.217
36	0.116	0.219	0.279	0.330	83	0.075	0.142	0.182	0.216
37	0.114	0.216	0.275	0.325	84	0.074	0.141	0.181	0.215
38	0.113	0.213	0.271	0.321	85	0.074	0.140	0.180	0.213
39	0.111	0.210	0.267	0.317	86	0.074	0.139	0.179	0.212
40	0.110	0.207	0.264	0.313	87	0.073	0.139	0.177	0.211
41	0.108	0.204	0.261	0.309	88	0.073	0.138	0.176	0.210
42	0.107	0.202	0.257	0.305	89	0.072	0.137	0.175	0.209
43	0.105	0.199	0.254	0.301	90	0.072	0.136	0.174	0.207
44	0.104	0.197	0.251	0.298	91	0.072	0.135	0.173	0.206
45	0.103	0.194	0.248	0.294	92	0.071	0.135	0.173	0.205
46	0.102	0.192	0.246	0.291	93	0.071	0.134	0.172	0.204
47	0.101	0.190	0.243	0.288	94	0.070	0.133	0.171	0.203
48	0.100	0.188	0.240	0.285	95	0.070	0.133	0.170	0.202
49	0.098	0.186	0.238	0.282	96	0.070	0.132	0.169	0.201
50	0.097	0.184	0.235	0.279	97	0.069	0.131	0.168	0.200
					98	0.069	0.130	0.167	0.199
					99	0.068	0.130	0.166	0.198
					100	0.068	0.129	0.165	0.197

**ANEXO 14: Consentimiento Informado****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: \_\_\_\_\_manifiesto que he decidido participar de forma voluntaria en la entrevista para el llenado de la Escala de FUMAT y para el llenado de la Escala de Desarrollo Emocional para Evaluar la Calidad de vida en el Adulto Mayor, y doy mi consentimiento para que la información que de ella surja sea utilizada para presentarla en el documento de investigación y para fines académicos.

Por tanto, firmo la presente carta de consentimiento, en la ciudad de San Miguel, a los \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_