



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Ansiedad y depresión en adultos mayores con y sin Alzheimer

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciado en
Psicología Clínica

Autores:

**Viviana Waleska Barbotó Figueroa y Denisse Fernanda
Sigüencia Vanegas**

Director/a:

Alexandra Bueno Pacheco

Cuenca - Ecuador

2024

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo principalmente a mis padres y a Dios, gracias a ellos por su fortaleza y apoyo en cada etapa de la vida, y que me han ido motivando en este proceso universitario.
Denisse Sigüencia

Dedico una parte de esta tesis a mi mamá Viviana, que es mi mayor ejemplo en la vida; con su alegría, perseverancia, apoyo y amor me ha enseñado que puedo lograr todo lo que me he propuesto e incluso más. Otra parte se la dedico a mi hermana Sofía, que es mi fuerza para ser mejor cada día y la persona que más amo en el mundo entero. Otra parte se la dedico a mi abuela Genith, que me ha guiado en cada paso, me ha escuchado cada historia de mi carrera y con mucha paciencia y amor me ha dado un beso en la frente que ha sido ese plus para poder continuar. Finalmente, pero no menos importante, dedico esa última parte a mi Mateo Josué que me ha demostrado que su amor es incondicional y que claro que puedo hacer lo que sea sola, pero a su lado todo es mejor.
Viviana Barbotó F.

Agradecimiento

Agradezco principalmente a mis padres Fernando y Sonia, y a mis abuelos quienes han sido el pilar fundamental en varios aspectos de mi vida, a la universidad del Azuay, por permitirme realizar este trabajo de titulación, sobre todo a mi tutora de Tesis Alexandra Bueno y a mi tribunal Pamela Merchán. Y un especial agradecimiento al profesor Fabricio Peralta por haberme guiado no solo en este proceso de titulación, sino a lo largo de la carrera universitaria, y por guiarme en este crecimiento profesional. Te agradezco mi Viví por ser mi gran compañera de aventuras y sobre todo de mi tesis.
Denisse Sigüencia

Agradezco profundamente a mi familia y amigas quienes han sido un soporte muy fuerte en toda mi carrera universitaria. Además, agradezco a mi papá Ricardo que a pesar de estar lejos nunca me ha hecho sentir sola con sus palabras de aliento y motivación cada día. Así mismo, un agradecimiento especial a Mateo Negrete y Emilia Reinoso quienes con mucho amor y dedicación han llorado, reído, bailado, sufrido y disfrutado a mi lado en todo este proceso de formación. También a la universidad del Azuay que me ha permitido crecer como persona, como profesional y que me ha hecho ser mejor cada día. Y te agradezco a ti mi Denisse por ser mi mejor compañera de vida universitaria no solo de tesis.
Viviana Barbotó

RESUMEN

La creciente población de adultos mayores a nivel mundial ha generado un interés significativo en comprender y abordar todos los desafíos de salud mental asociados con el envejecimiento, se ha observado que a medida que aumenta la edad, existe mayor riesgo de experimentar demencia, lo que a su vez se relaciona con una mayor incidencia de pasar por episodios depresivos y de ansiedad. El objetivo de nuestro estudio fue identificar los niveles de depresión y ansiedad en adultos mayores y comparar dichos niveles entre aquellos que tienen alzhéimer, de quienes no lo padecen. Para llevar a cabo este estudio, se utilizó una muestra de N:30. Para ello se utilizó el instrumento del test de Goldberg para medir los niveles de ansiedad y depresión en ambos grupos. Posteriormente, se realizó una comparación estadística entre dichos grupos y como resultado se obtuvo que no hay diferencias significativas entre ansiedad y depresión entre los adultos mayores con y sin alzhéimer. Sin embargo, este estudio demuestra que existe una importante prevalencia de los síntomas depresivos y ansiosos en personas con y sin diagnóstico de alzhéimer. En conclusión, la falta de diferencias significativas entre estos dos grupos, refiere que la presencia de alzhéimer no está relacionada directamente con niveles más altos de depresión y ansiedad en comparación con los adultos mayores sin alzhéimer. Por lo que se subraya la importancia de abordar la salud mental en la población de adultos mayores, independientemente de su diagnóstico.

Palabras claves: Ansiedad, depresión, alzhéimer, adulto mayor y salud mental

ABSTRACT

The increasing global population of older adults has sparked significant interest in understanding and addressing the mental health challenges associated with aging. As age advances, there is a greater risk of experiencing dementia, correlating with a higher incidence of depressive and anxiety episodes. Our study aimed to identify depression and anxiety levels in older adults and compare them between those with and without Alzheimer's disease, utilizing a sample size of N:30. The Goldberg test instrument measured anxiety and depression levels in both groups. Subsequent statistical comparison revealed no significant differences in anxiety and depression between older adults with and without Alzheimer's. However, the study demonstrates a significant prevalence of depressive and anxious symptoms in individuals, regardless of an Alzheimer's diagnosis. In conclusion, the lack of significant differences between these two groups suggests that Alzheimer's presence is not directly linked to higher levels of depression and anxiety compared to older adults without Alzheimer's. This underscores the importance of addressing mental health in the older adult population, regardless of their diagnosis.

Keywords: Anxiety, depression, Alzheimer, older adult and mental health

1. Índice de Contenido

1. MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 Introducción al envejecimiento.....	2
1.2 Envejecimiento saludable.....	3
1.3 Envejecimiento patológico.....	5
1.4 Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento	5
1.5 Tipos de trastorno neurocognitivo mayor	6
1.6 Ansiedad en adultos mayores	9
1.7 Factores de riesgo en adultos mayores con ansiedad	10
1.8 Criterios del DSM-5 para Ansiedad generalizada	11
1.9 Ansiedad en el Alzheimer.....	12
1.10 Depresión en adultos mayores.....	14
1.11 Factores de riesgo.....	15
1.12 Criterios diagnóstico del DSM-5 del "Trastorno de depresión mayor"	16
1.13 Relación entre el alzhéimer y la depresión	18
2. METODOLOGÍA	20
2.1 Pregunta de investigación.....	20
2.2 Objetivo general	20
2.3 Objetivos específicos	20
2.4 Tipo de investigación:	20
2.5 Participantes:.....	21
2.6 Criterios de inclusión y exclusión:.....	21
2.7 Instrumentos:	22
2.8 Análisis de datos:	22
2.9 Procedimiento:	22
3. RESULTADOS	24
4. DISCUSIÓN.....	28
5. CONCLUSIÓN.....	30
6. RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS.....	32

ANEXOS	38
ANEXO 1. Consentimiento informado	38
ANEXO 2: ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG.....	39

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Análisis descriptivo</i>	24
Tabla 2. <i>Total Depresión</i>	25
Tabla 3. <i>Total ansiedad</i>	25
Tabla 4. <i>Niveles de ansiedad y depresión</i>	26
Tabla 5. <i>Comparación niveles de ansiedad y depresión, adultos mayores con y sin alzhéimer</i> ..	26

Índice de Anexos

ANEXOS	38
ANEXO 1. Consentimiento informado	38
ANEXO 2: ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG	39

Introducción

Según la Organización mundial de la salud OMS (2022), la proporción de adultos mayores aumentará entre 2015 y 2050. Dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. Más del 20% de las personas que pasan de los 60 años sufren algún trastorno mental o neural. Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor, mientras que la depresión puede causar grandes sufrimientos y trastornar la vida cotidiana, afectando a un 7% de la población de ancianos en general. Según la OMS (2022), señala al alzhéimer, como la forma más común en la demencia englobando entre un 60 a 70% de la población señalada.

En cuanto a nuestros objetivos en este estudio se responderá a la siguiente pregunta. Esta investigación pretende ¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores con y sin alzhéimer?

En el marco teórico, se proporcionó una explicación detallada acerca de los conceptos teóricos fundamentales como, una introducción a conceptos de envejecimiento según varios autores, además, se habla sobre el envejecimiento saludable y envejecimiento patológico. Así mismo se explican los tipos de demencia, ansiedad y sus factores de riesgo en el adulto mayor, criterios del DSM 5 tanto de ansiedad generalizada como de trastorno depresivo mayor, depresión y sus factores de riesgo. Finalmente se habla de la ansiedad en el alzhéimer y la relación entre Alzhéimer y depresión. En el segundo capítulo se habla sobre los objetivos tanto principal y específicos, la pregunta de investigación, el enfoque de la investigación, el instrumento que se utilizó, sus participantes, el análisis de datos y procedimiento del mismo. En el cuarto y último capítulo, se da a conocer los resultados, se habla sobre la discusión y se dan las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO 1.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Introducción al envejecimiento

El transcurso del envejecimiento se presenta como una fase natural en la vida de una persona. Se trata de un proceso que ocurre de manera gradual e inevitable, comenzando desde el nacimiento y continuando hasta el final de la vida. A medida que avanzamos en este viaje vital, experimentamos cambios en aspectos biológicos, físicos, psicológicos y sociales, los cuales inevitablemente tienen un impacto en nuestra salud física y mental. Por lo tanto, aceptar estos cambios se convierte en un proceso de adaptación, que a menudo implica enfrentar sentimientos de pérdida y transformación (Viel, 2019).

A pesar de ser un proceso gradual e inevitable, es de vital importancia resaltar que ocurre de forma individual, por lo tanto, no todos los seres humanos envejecen en un mismo tiempo y tampoco de la misma manera, aunque compartan el mismo espacio, rasgos o características similares, por ejemplo, la raza, cultura, sexo y el ambiente laboral (Fajardo-Ramos et al., 2020).

Asimismo, es necesario mantener la idea de que la etapa del envejecimiento no lleva necesariamente a un diagnóstico de trastorno neurocognitivo o cualquier patología, es inevitable que varias enfermedades aparecen en esta etapa de la vida, además, es importante que sea visto como un proceso natural, aunque no se debe negar que su modo de vivir puede afectar de distintas formas en cada individuo (Fajardo-Ramos et al., 2020).

El envejecimiento tradicional se asocia a distintos cambios, en particular marcados en la corteza frontal, en comparación a los lóbulos occipitales y temporales, el lóbulo frontal siendo el

más indefenso. En cuanto a las características más significativas del envejecimiento, de acuerdo con esto se ha planteado la teoría del envejecimiento frontal. El promedio por año de deterioro frontal es del 0,9% y el 1,5% un deterioro avanzado, mientras que los lóbulos parietales presentan una pérdida por año del 0,34 y el 0,90%. Por otra parte, el lóbulo occipital representa una pérdida por año insignificante (Jiménez-Moreno, 2021).

A lo largo de la vida, existen diversas etapas las cuales están llenas de cambios. Mientras pasa el tiempo existe un aumento progresivo de padecer alguna sintomatología patológica, disminuyendo el porcentaje de esperanza de vida. Aunque, se ha comprobado que las mujeres llegan a su tasa de mortalidad en una edad más avanzada que los hombres. Se cree que en esta etapa los factores genéticos, no son los únicos factores influyentes, sino también factores externos, internos, etc. Por lo que, el acaparamiento de todos estos cambios son los que dan lugar al envejecimiento (Gómez-Hernández, 2021).

1.2 Envejecimiento saludable

Regularmente, las personas se cuestionan si los cambios que están atravesando al envejecer es normal o no, Aunque el proceso de envejecimiento es diferente entre adultos mayores, ciertos cambios provienen de procesos internos relacionados directamente con la edad. Estos cambios, a pesar de no ser anhelados, se consideran normales y a veces se describen como parte del envejecimiento natural (Gómez-Hernández, 2021).

Para ello se recomienda mantener un envejecimiento saludable. Según la (OMS, 2020) El envejecimiento saludable implica promover y preservar la capacidad funcional necesaria para el bienestar durante la vejez.

Según Castro-Peréz et al., (2021) un plan de alimentación saludable para llevar a un envejecimiento más llevadero incluye, comer alimentos que le entreguen muchos nutrientes sin muchas calorías adicionales. Estos alimentos podrían ser: frutas y verduras, granos integrales, carnes blancas, lácteos bajos en grasa, nueces y semillas, entre otros. Además, se incluyen otras pausas para mantener una buena salud en el adulto mayor, estos pueden ser:

- **Hacer actividad física como rutina:** Participar en actividades físicas contribuye a mantener un peso saludable y prevenir problemas de salud significativos.
- **Mantener una mente activa:** Participar en actividades puede mantener la mente activa, mejorando aspectos como la memoria, el aprendizaje de nuevas habilidades, la lectura y la participación en juegos. Un claro ejemplo de esto son las actividades de juegos de mesa y rompecabezas.
- **Darle prioridad a su salud mental:** Practicar meditación, técnicas de relajación y resolución de problemas. Así mismo, buscar ayuda de un profesional si es necesario.
- **Participar en actividades que disfruten:** Hacer cosas que les parezca placentero puede ayudarles a experimentar una mayor sensación de felicidad y potenciar las habilidades cognitivas.
- **Desempeñar un papel activo en su atención médica:** Asegúrese de hacerse controles regularmente y evaluaciones médicas que sean necesarios.
- **Prevenir caídas:** Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de perder equilibrio haciendo más fácil que existan fracturas de huesos por la misma debilidad de la edad. Por esta razón es importante realizarse exámenes visuales

con regularidad para saber si no son problemas relacionados con la disminución ocular.

Por otro lado, es inexorable pensar que a medida que pasa el tiempo los seres humanos, sufrimos varios cambios que van en conjunto a cada etapa, los cuales es importante tomar en cuenta, para la prevención de enfermedades que se presentan durante dicha etapa (Gómez, 2021).

Además, la vejez es caracterizada también por la aparición de algunos estados de salud que se conocen comúnmente por el nombre de síndromes geriátricos. Generalmente, son consecuencia de varios factores latentes que incluyen: la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, entre otros (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

1.3 Envejecimiento patológico

Según Ortiz-Alvaréz et al., (2020) El envejecimiento patológico se caracteriza por alteraciones que surgen como resultado de enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento normal establecido, afectando tanto el funcionamiento social como laboral de la persona e incluso provocando discapacidades. Un ejemplo es la Enfermedad de Alzheimer (EA), en la que el individuo en medio de su proceso de envejecimiento cerebral desarrolla una patología adicional de orden neurodegenerativo que afecta no solo la memoria, sino el funcionamiento e independencia en global de la persona.

1.4 Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento

Según (World Health Organization WHO, (2022) entre las afecciones más comunes de la vejez están, la pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción. Además, los dolores

de espalda y cuello, la osteoartritis, la diabetes, la depresión y la demencia. A medida que se envejece es mayor la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

En la vejez, la personalidad tiende a volverse más introvertida, experimentando una disminución en el estado de ánimo, disminuye la confianza en sí mismo y la satisfacción personal. Como resultado, el estado de ánimo tiende a volverse depresivo, prevaleciendo así la angustia ante la soledad y la muerte, volviéndose más vulnerable ante las modificaciones físicas, psicológicas y en las interacciones sociales (Jiménez-Retana, 2018).

Sin embargo, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) refiere que la capacidad funcional hace posible un mayor bienestar en la vejez. Este dice que el enfoque no implica ausencia de enfermedades, sino la capacidad de continuar realizando dichas actividades que consideramos importantes durante el mayor tiempo posible.

1.5 Tipos de trastorno neurocognitivo mayor

Es pertinente mencionar la etimología de la palabra “demencia” (ausencia) y (mente), por lo que se podría decir “condición en la cual se pierde la mente”, término utilizado anteriormente para describir todo tipo de alteración o trastorno mental, actualmente el concepto se dispone únicamente para las enfermedades neurodegenerativas, como el alzhéimer (Alarcón et al., 2018).

Clasificar los distintos tipos de demencia según el momento de inicio de los síntomas, la forma en que se manifiesta la enfermedad, su pronóstico y desarrollo es crucial. También es relevante considerar la ubicación y extensión de las lesiones cerebrales relacionadas. Esto permite abordar diversos aspectos biológicos, psicológicos y sociales para lograr una comprensión más completa de cada variante de demencia (Canales et al., 2019).

A continuación, mencionaremos los distintos tipos de demencia que existen. Para ello se empezará con:

Demencia vascular: Aproximadamente el 10% de los casos de demencia están asociados de manera directa a accidentes cerebrovasculares o problemas vinculados al flujo sanguíneo hacia el cerebro, son una preocupación, con factores de riesgo que incluyen diabetes, hipertensión y niveles elevados de colesterol. Los síntomas varían según la ubicación y el tamaño del área afectada en el cerebro. La enfermedad progresa gradualmente, lo que implica que los síntomas empeorarán de manera abrupta con la ocurrencia de más accidentes cerebrovasculares o eventos isquémicos transitorios (pequeños episodios cerebrovasculares). Se evidencia una notable disminución en la capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, sin requerir pruebas clínicas de lesiones neurológicas específicas, además, se evidencia al menos alguna señal de afectación en la sustancia blanca, puede manifestarse de manera localizada o dispersa, acompañada o no de un infarto (Alva-Díaz et al., 2018).

Demencia con cuerpos de Lewy: El síntoma más común además de la pérdida de la memoria, aquellos afectados por esta demencia pueden experimentar dificultades en la movilidad y el equilibrio, manifestadas a través de síntomas como rigidez y temblores. las personas que sufren esta demencia pueden tener problemas de movimiento o equilibrio, como rigidez y temblores. De igual manera, varias personas también presentan cambios en su estado de alerta, como somnolencia durante el día, y cambios en la rutina del sueño. Alteraciones en la cognición que varían, episodios repetidos de alucinaciones visuales y manifestaciones espontáneas de parkinsonismo, aparecen en las fases iniciales y pueden perdurar a lo largo de la evolución de la enfermedad (Alarcón et al., 2018).

Demencia frontotemporal: Este tipo de demencia no es muy común y tiende a presentarse en individuos menores de 60 años, recibe su denominación por las regiones cerebrales afectadas. las modificaciones en el lóbulo frontal generan síntomas conductuales, mientras que las alteraciones en el lóbulo temporal ocasionan dificultades en el lenguaje y en las emociones, Las personas que tienen esta afección pueden comportarse de un modo inadecuado (Canales et al., 2019).

Demencia mixta: En ocasiones en el cerebro se presenta más de un tipo de demencia, especialmente en las personas de 80 años o más, una persona podría tener la enfermedad de Alzheimer y demencia vascular, la demencia mixta presenta un comienzo lento, su deterioro cognitivo y funcional avanza de manera difusa y gradual, su desarrollo es descendente y frecuentemente se experimentan declives en el estado general, similares a los observados en la demencia vascular, los cuales no pueden ser explicados mediante la evolución típica del alzhéimer (Granados-Sáncciez, 2000).

Dentro de las entidades neurodegenerativas más frecuentes en la adultez mayor, está el Alzhéimer o también denominada demencia Alzhéimer, descrita por primera vez por Alois Alzheimer (1906), caracterizada por su peculiar deterioro cognitivo progresivo, en varios aspectos de la vida cotidiana, en relación a su lenguaje, comprensión, habilidades sociales y visoespaciales (Esmeraldas-Vélez et al., 2019).

Demencia tipo Alzheimer: Según el centro Alzheimer´s disease and helthy aging (2019), la enfermedad de Alzheimer es la causa más común de la demencia y a la cual se deben entre el 60 y el 80 por ciento de los casos. Esta es provocada por cambios específicos en el cerebro. El síntoma distintivo más evidente en este caso es la dificultad para recordar

acontecimientos recientes, como una conversación que tuvo lugar hace pocos minutos u horas. A medida que progresa la enfermedad, surgen complicaciones en la capacidad para recordar eventos más lejanos en el tiempo, como los recuerdos de la infancia. Entre las personas que tienen por lo menos 65 años de edad, se estima que en el 2014 hubo 5.0 millones con demencia, y se estima que para el 2060 la cifra estará apuntando a los 14 millones (Cristalli et al., 2020).

Los individuos que presentan signos de demencia podrían experimentar una causa subyacente reversible, como efectos secundarios de un fármaco, aumento de la presión cerebral, carencias vitamínicas o desajustes en las hormonas tiroideas (Huang, 2023).

A partir de los estudios mencionados, se puede comprender mejor cómo en la vejez aumenta significativamente la aparición de conflictos relacionados con pérdidas importantes, más que en otras etapas de la vida. En muchos casos, estas pérdidas desencadenan estados de depresión, ansiedad y otras reacciones de duelo. Estos conflictos pueden ser consecuencia de trastornos cerebrales orgánicos, como demencias, problemas físicos como la pérdida sensorial, y una variedad de trastornos mentales que no están limitados únicamente a la etapa de la adultez mayor (Esmeraldas-Vélez et al., 2019).

1.6 Ansiedad en adultos mayores

La ansiedad es común en los adultos mayores y puede tener un impacto considerable en sus vidas, llegando a convertirse en un problema de importancia clínica. Sus efectos negativos pueden incluir un aumento en la discapacidad, una disminución en el sentido de bienestar y satisfacción con la vida, entre otros (Franco-Fernández y Jurado, 2022).

El trastorno de ansiedad se reconoce como una de las afecciones de salud mental más duraderas. Según la investigación de Alva-Díaz et al., (2020) en adultos mayores con ansiedad, estos trastornos tienden a mantenerse en este grupo etario, con muestras epidemiológicas que señalan una duración promedio de 20 años.

1.7 Factores de riesgo en adultos mayores con ansiedad

Según Cabrera y Montorio (2018), hay varios elementos que pueden aumentar el riesgo de ansiedad en adultos mayores, tales como: características de personalidad, métodos ineficaces para enfrentar situaciones, problemas psicológicos previos, la calidad de la red social y la ocurrencia de eventos estresantes, entre otros.

- **Factores biológicos:** A partir de este factor de riesgo, las causas de las enfermedades suelen ser hereditarias o congénitas. Sin embargo, ciertos rasgos de personalidad pueden hacer a algunos individuos más susceptibles que otros, aumentando así la posibilidad de desarrollar trastornos emocionales. Además, todos los síntomas o enfermedades pueden aumentar dependiendo del estilo de vida que adopte la persona (Buhezo-Palomino, 2020).

Por otro lado, Escarabajal-Arrieta y Palma (2021) señalan en su estudio la disminución de la interacción social durante el proceso de envejecimiento, destacando la soledad como un factor de riesgo significativo en la manifestación de la ansiedad. Es crucial distinguir entre el sentimiento de "sentirse solo", que puede ser una elección personal, y la soledad que implica un aislamiento involuntario, ambos asociados a una carencia en la interacción social.

1.8 Criterios del DSM-5 para Ansiedad generalizada

Según el American Psychiatric Association, (2014), para diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada se debe cumplir los siguientes criterios:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p: ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

1.9 Ansiedad en el Alzheimer.

Según Hunsberger et al., (2021), la ansiedad está siendo reconocida cada vez más como un síntoma temprano de índole neuropsiquiátrica en la enfermedad de Alzheimer, anticipando una evolución más acelerada de esta condición. Los cambios en el comportamiento y en las capacidades cognitivas en los adultos mayores son dos de los motivos principales que conducen a buscar un diagnóstico de esta enfermedad.

Se calcula que la presencia de ansiedad en casos de demencia se sitúa entre el 25 % y el 71 %, siendo el trastorno de ansiedad generalizada el tipo más frecuente dentro de los trastornos de ansiedad asociados (Breitve et al., 2016). La limitación cognitiva en personas con demencia impacta en su habilidad para comunicarse, establecer confianza, conectar con otros, socializar y

adaptarse a cambios rápidos en su entorno. Este escenario conduce al aislamiento, la ansiedad, la depresión y momentos de agitación (Huang. J, 2023).

Los síntomas de ansiedad a menudo se consideran parte de la propia demencia y en ocasiones se consideran como un resultado de la demencia severa. Estos síntomas suelen ser complicados de diferenciar de otros comportamientos y aspectos psicológicos asociados con la demencia, como la irritabilidad, la agresividad y la deambulación (Tae-Kwak et al., 2017).

Acorde con López-Ibor (2017), en las fases iniciales de la enfermedad, la ansiedad y la depresión pueden surgir como respuestas psicológicas a la condición, siendo más pronunciadas al comienzo debido al impacto que el Alzheimer tiene en la vida del individuo. Este impacto incluye cambios en el estilo de vida, roles y responsabilidades, dificultades para socializar y la rápida progresión de la enfermedad. Asimismo, se ha observado que en las etapas tardías, el deterioro cognitivo severo disminuye las respuestas emocionales y su manifestación a través de gestos.

En el estudio de Beltran-Parrazal et al., (2019), existen diferentes desórdenes de ansiedad y sus síntomas los cuales afectan de forma directa a los adultos mayores. Estos son:

- **Desorden generalizado de ansiedad:** Este tipo inicial se define por una preocupación desproporcionada ante diversas situaciones que persiste al menos durante seis meses. Entre los síntomas adicionales se incluyen fatiga frecuente, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, problemas de concentración y tensión muscular. Esta condición es bastante frecuente en adultos mayores cuando se encuentran solos en casa y comienzan a reflexionar, lo que puede generarles una gran ansiedad.

- **Ataques de pánico:** Se experimentan súbitamente sentimientos de pánico sin una amenaza real evidente. Además del episodio de pánico, se presentan síntomas físicos intensos como latidos acelerados, dolor en el pecho, dificultad para respirar, temblores o vértigos, que pueden asemejarse a un ataque cardíaco. Estos ataques son frecuentes en adultos mayores como una etapa siguiente cuando la ansiedad en su cuerpo alcanza niveles muy altos.

- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT):** Después de experimentar un evento traumático, es posible revivir esos sucesos de manera involuntaria a través de recuerdos. Esta ansiedad resultante puede generar dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de tristeza, soledad, culpabilidad y episodios de ira repentinos, entre otros síntomas. Esta experiencia afecta alrededor del 15% de la población mayor con ansiedad, ya que están expuestos a diversos traumas asociados tanto con la edad en sí misma como con el deterioro de capacidades motrices y cognitivas.

Finalmente, algunas personas se preguntan si hay algún vínculo entre el Alzheimer y la depresión. A lo largo del progreso de la enfermedad de Alzheimer, es frecuente que las personas que la padecen, presenten síntomas depresivos, los cuales pueden surgir en cualquier fase de la enfermedad. Cómo se manifiesten estos síntomas y cómo se manejan dependerá del momento específico y de las circunstancias en las que aparezcan (Apolinario-Pincay et al., 2021)

1.10 Depresión en adultos mayores

La depresión se define como un trastorno emocional que se manifiesta en sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza, irritabilidad y frustración, afectando la vida diaria durante un largo período. Es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes entre los adultos mayores, siendo una epidemia significativa aunque a menudo permanece subestimada debido al

aislamiento que experimentan quienes la padecen. Aunque es un problema generalizado en esta población, es importante destacar que no forma parte natural del proceso de envejecimiento (González-Molejón et al., 2018)

Acorde, con Bruning y Mora (2019) se conoce como “late-life depression” a la depresión en personas mayores de 60 años. Dentro de ella hay dos tipos:

- **Depresión de inicio temprano:** Comienza antes de los 60 años y se manifiesta en personas mayores como depresión persistente o recurrente.
- **Depresión de inicio tardío:** Comienza luego de los 60 años y se vincula con una mayor incidencia de cambios neurológicos, evaluados a través de neuroimágenes y pruebas neuropsicológicas, así como con el desarrollo de demencia.

Acorde con Britton et al., (2018), varios elementos inciden en la manifestación de la depresión. Entre los factores sociodemográficos se incluyen bajos ingresos, residir en áreas rurales por falta de acceso a servicios médicos y menor nivel educativo. Además, los rasgos de personalidad inseguros, la falta de apoyo emocional en el entorno, eventos como la pérdida de un ser querido o el diagnóstico de una enfermedad crónica también son relevantes.

1.11 Factores de riesgo

Según Álamo-Vega et al.,(2021) los adultos mayores pueden presentar distintos factores de riesgo. Estos pueden ser:

1. **Factores cognitivos:** La incapacidad para resolver problemas de manera efectiva, pensamientos disfuncionales y sesgos de pensamiento poco saludables se consideran elementos clave que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de la depresión.

2. Factores familiares y genéticos: Hay múltiples enfermedades que pueden coincidir con la depresión en las personas mayores. Se ha observado que la depresión puede aumentar la probabilidad de desarrollar demencia.

3. Factores psicosociales: El manejo complicado de situaciones, diversos aspectos de la personalidad que afectan la forma de enfrentar problemas, tendencia a la negatividad, baja autoestima y escasa tolerancia a la frustración son características presentes en esta población.

4. Aislamiento social: estar aislado de sus amigos, familiares, e incluso el dejar de trabajar debido a la jubilación y/o otras posibles causas.

1.12 Criterios diagnóstico del DSM-5 del "Trastorno de depresión mayor"

Según el American Psychiatric Association, (2014), para obtener un diagnóstico de depresión mayor se debe cumplir los siguientes criterios diagnósticos:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es

(1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej.;"se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Es importante agregar, que en algunas ocasiones los síntomas de depresión en adultos mayores van acompañados de deficiencias cognitivas, estos síntomas suelen generar confusión y la necesidad de llevar a cabo evaluaciones neuropsicológicas específicas, sin embargo el profesional debe ser paciente y observar cómo evolucionan los síntomas en el adulto mayor, es por eso que a continuación se hablara acerca de la relación entre la depresión y el alzhéimer (Bonilla-Santos et al., 2022).

1.13 Relación entre el alzhéimer y la depresión

Según un estudio realizado por Calderón, (2018) la depresión representa un factor importante relacionado con la demencia. En un grupo de 4,922 personas de entre 71 y 89 años, se observó una alta prevalencia de demencia en aquellos que también padecían depresión. Además, se identificó un mayor riesgo de demencia en hombres que previamente habían experimentado

depresión clínica, sugiriendo que la depresión podría ser un factor indicativo que predispone a la aparición de la demencia.

Por otro lado, el bienestar y la calidad de vida en la población mayor están estrechamente vinculados a su capacidad funcional para llevar a cabo las actividades diarias. En el caso del Alzheimer, su avance gradual conlleva una pérdida progresiva de la estructura mental, cognitiva y funcional. Esta disminución de la autonomía afecta su capacidad de adaptación al entorno, lo que deteriora su bienestar y los lleva a cuestionar sus elecciones pasadas, lo que a su vez incrementa los niveles de depresión (Carvalho-Figueiredo et al., 2018).

Finalmente, acorde con Cobo-Charry et al., (2022) la relación entre la demencia y la depresión plantea la idea de que esta última puede ser una consecuencia de la primera. La persona afectada nota cómo la pérdida progresiva de sus habilidades cognitivas causa frustración, tristeza y una disminución en el interés y la satisfacción por sus actividades. Sin embargo, se cuestiona la discrepancia en el momento en que comienza y progresa el Alzheimer en comparación con la depresión.

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores con y sin alzheimer?

2.2 Objetivo general

Identificar los niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores con y sin alzheimer.

2.3 Objetivos específicos

- Determinar niveles de depresión en adultos mayores con y sin alzheimer.
- Determinar niveles de ansiedad en adultos mayores con y sin alzheimer.
- Comparar niveles de depresión y ansiedad en adultos mayores con y sin alzheimer.

2.4 Tipo de investigación:

La presente investigación se desarrolló bajo una metodología con enfoque cuantitativo de corte transversal. El alcance de este estudio es de tipo descriptivo donde se buscó conocer las características del fenómeno, ya sea en personas o un determinado grupo social, para generar un análisis de datos de tendencia central o disgregación. A su vez el estudio también es de tipo comparativo, el cual consiste en un análisis para conocer la relación o el nivel de asociación existente entre dos o más conceptos, variables o cualidades en un determinado contexto dado (Naranjo, 2018).

2.5 Participantes:

Debido al tipo de investigación, la muestra fue escogida por conveniencia debido al estudio y disponibilidad de las personas. Participaron un total N=30 personas en un rango de edad entre 60 y 80 años; 15 de los adultos mayores presentan un diagnóstico de alzhéimer y 15 no tienen alzhéimer.

2.6 Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión en adultos con alzhéimer:

- Diagnóstico validado por personal médico.
- Escolaridad mínima de tres años.
- Trastorno neurocognitivo mayor grado leve o moderado.

Inclusión en adultos sin alzhéimer:

- Nivel cognitivo adecuado
- No tenga diagnóstico, comprobado.
- Más de 60 años.

Exclusión en adultos con alzhéimer:

- Trastorno neurocognitivo mayor grado avanzado
- Dificultades asociadas
- Patología psiquiátrica
- Discapacidad
- Historial de consumo
- Analfabetos

Exclusión en adultos sin alzhéimer:

- Historial de consumo

- Trastorno psiquiátrico
- Incapacidad realización de los reactivos
- Analfabetos

2.7 Instrumentos:

Para medir los niveles de ansiedad y depresión existentes, se propone un solo instrumento escala de **test de Goldberg**. El mismo fue validado a versión en castellano por Araya, evaluando la validez de la versión de 12 preguntas en un centro de atención primaria de Santiago de Chile. Este consta con valores obtenidos de desensibilidad y especificidad de 76% y 73%. El test consta de 18 preguntas, dos subescalas, la primera subescala brinda indicios acerca de la depresión, mientras que la segunda subescala brinda información acerca de la ansiedad (Gutiérrez y Lobos, 2020).

En cuanto a la fiabilidad del test evaluado a través de un análisis en su consistencia interna, obtuvo un coeficiente del Alpha de satisfactorio (Gutiérrez y Lobos, 2020).

Se puede aplicar en personas de 32 años en adelante, es lo más recomendable.

2.8 Análisis de datos:

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva inferencial y la Prueba t de Student para comparar los niveles de depresión y ansiedad en adultos mayores con y sin Alzheimer. Si los datos no cumplen con los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianza, se puede utilizar una versión no paramétrica como la prueba U de Mann-Whitney.

2.9 Procedimiento:

1. Envío de consentimiento a los adultos mayores o sus cuidadores.
2. Aplicación de instrumentos

3. Tabulación y análisis de datos en el software SPSS.
4. Reporte de los resultados

CAPITULO 3.

3. RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados de la muestra de adultos mayores, de los cuales, 15 presentaban diagnóstico de alzheimer y 15 no tienen dicho diagnóstico, a través de tablas de tablas descriptivas y comparativas.

Tabla 1.

Análisis descriptivo

Sociodemográficos		N	%
Escolaridad	Básico	17	57%
	Bachiller	6	20%
	Superior	7	23%
Sexo	Masculino	8	27%
	Femenino	22	73%
Apoyo social	Si	21	70%
	No	9	30%
Edad rango	51-61 años	1	3%
	62-72 años	3	10%
	73-82 años	11	37%
	83-96 años	15	50%

Como se puede observar en la tabla 1 el mayor porcentaje de escolaridad pertenece a básico con el 17%, a continuación, presenta el 73% de la población femenina, seguido con el 70% de los

adultos mayores si tienen apoyo social y, por último, el 50% de la población está comprendida entre los 83 a 96 años.

Tabla 2.

Total Depresión

	Sí Alzheimer		No Alzheimer	
	N	%	N	%
Con depresión	9	30%	15	50%
Sin depresión	6	20%	0	0
			30	100%

En el test de Goldberg el punto de corte para considerar presencia de depresión es >3 , es por eso que se puede observar a 15 personas con el 50% que presentan depresión y no tienen diagnóstico de alzheimer, mientras que hay 9 personas con diagnóstico de alzheimer que presentan depresión.

Tabla 3.

Total ansiedad

	Sí Alzheimer		No Alzheimer	
	N	%	N	%
Con ansiedad	11	37%	9	30%
Sin ansiedad	4	13%	6	20%
			30	100%

En el test de Goldberg el punto de corte para considerar presencia de síntomas ansiosos es >4 , es por eso que se puede observar a 11 personas con el 37% que presentan ansiedad y con

diagnóstico de alzheimer, además hay 9 personas que no tienen diagnóstico de alzheimer y presentan ansiedad.

Tabla 4.

Niveles de ansiedad y depresión

Estadísticos		
	Total depresión	Total ansiedad
N	30	30
Media	6,57	6,3
Desviación	2,62	2,58
Mínimo	1	0
Máximo	9	9

Se muestran los resultados del análisis estadístico de la depresión, con una media correspondiente a ($M=6,57$), una desviación estándar de ($dt= 2,62$), con un valor mínimo de 1 y máximo de 9, para aquellas personas con ansiedad y con una media de ($M=6,30$) asociada a una desviación estándar de ($dt=2,58$), con un valor mínimo de 0 y máximo de 9 para aquellas personas con ansiedad.

Tabla 5.

Comparación niveles de ansiedad y depresión, adultos mayores con y sin alzhéimer

Variable	F	p	t	gl	Media
Depresión	.17	.68	-.76	28	6,57
Ansiedad	.22	.64	-.91	28	6,3

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en la comparación, en el caso de la depresión se asocia a un punto ($p= 0,68$) demostrando así que no existe diferencia estadísticamente significativa, de igual forma para la ansiedad con un punto ($p= 0,64$) de igual manera no existe relación estadísticamente significativa. Existe una media en la depresión de ($M=6,57$), mientras que en la ansiedad es de ($M=6,3$).

4. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación era identificar los niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores con y sin alzhéimer, y luego de hacer el análisis respectivo, se obtuvieron los siguientes resultados.

En cuanto al primer objetivo, de determinar niveles de depresión en adultos mayores con y sin alzhéimer, nuestra investigación demostró que hay niveles altos de depresión, tanto en adultos mayores con y sin alzhéimer. En base a todo esto se consideró el estudio de López-Ibor (2017), el cual menciona que, en las etapas tempranas de la enfermedad del alzhéimer, la depresión podría surgir como una reacción psicológica a la patología. Además, los cambios en el envejecimiento son más intensos por el impacto que generan en el individuo, es por eso que aumentan los niveles de depresión.

Otro artículo que respalda nuestra investigación se encontró un estudio de Cobo-Charry et al., (2022) el cual refiere que la demencia y la depresión son patologías interdependientes, y sostienen que la depresión es una secuela de la demencia. Así, la persona se da cuenta del deterioro de sus capacidades cognitivas y por ende el individuo empieza a sentirse frustrado, triste, pierde las ganas y la satisfacción de realizar sus actividades.

Con respecto al segundo objetivo, de determinar niveles de depresión en adultos mayores con y sin alzhéimer, nuestros resultados demuestran que existen altos niveles de ansiedad en ambos grupos. Por eso se consideró el estudio realizado por Franco-Fernández y Jurado, (2022) quienes refieren que la ansiedad es frecuente entre las personas mayores con diagnóstico de alzhéimer debido al impacto de la patología. En las personas mayores sin diagnóstico de alzhéimer, los altos niveles de ansiedad se podrían explicar por los cambios en el envejecimiento

que son bastante perjudiciales, para llegar a convertirse en un problema clínicamente significativo. De igual manera, existen consecuencias negativas en el mismo, tales como incremento de la incapacidad de realizar sus actividades diarias, disminución de la sensación de bienestar y satisfacción con la vida, entre otras.

De igual forma, es pertinente señalar que, en los adultos mayores sin alzhéimer, se ve afectada su calidad de vida, debido a los cambios entre la interacción del entorno y las características individuales, en su mayoría influenciada por factores psicológicos, biológicos y psicosociales. Prepararse y enfrentarse adecuadamente para este proceso, es esencial tanto a nivel personal como el bienestar social, ya que el fracaso o desajuste en esta etapa puede dar lugar a diversos desequilibrios en el adulto mayor, como la aparición de síntomas ansiosos y depresivos (Díaz-Castro et al., 2020)

Finalmente, con relación al tercer objetivo, la comparación de niveles de depresión y ansiedad en adultos mayores con y sin alzhéimer, nuestros resultados demuestran que no se encontraron diferencias significativas en cuanto a si tener o no alzhéimer aumenta o no los niveles de depresión y ansiedad. Estos resultados pueden ser corroborados con un estudio realizado por Alva-Díaz et al., (2020) en la población de adultos mayores, refieren que este tipo de trastornos tienden a ser perdurables en este grupo de edad, independientemente de un diagnóstico.

5. CONCLUSIÓN

Los objetivos de esta investigación fueron determinar niveles de depresión y ansiedad en adultos mayores con y sin alzhéimer y a su vez comparar niveles de depresión y ansiedad en adultos mayores con y sin alzhéimer. Esto se hizo mediante la aplicación de la escala de test de Goldberg. De esta investigación podemos determinar las siguientes conclusiones:

- En relación, a los síntomas depresivos se encontró 9 personas con diagnóstico y 15 personas sin diagnóstico de alzhéimer, teniendo un total de 24 personas, las cuáles presentan una puntuación mayor a tres puntos lo que indica presencia de depresión. También, se encontró 11 personas con diagnóstico y 9 personas sin diagnóstico de alzhéimer, con un total de 20 personas con una puntuación mayor a cuatro puntos, lo que indica síntomas ansiosos. De acuerdo a los puntos de corte propuestos en el test de Goldberg. Por lo que, se atestigua que las personas de mayor edad son más propensas a padecer estas patologías.
- Además, se encontró que provoca un desgaste a nivel cognitivo del adulto mayor y afectando la capacidad funcional del sujeto, por lo que va perdiendo sus capacidades de realizar actividades cotidianas, en consecuencia, el adulto mayor va perdiendo su independencia, y le lleva a estados depresivos y ansiosos.
- En la comparación se obtuvieron los resultados de que la depresión se asocia a un punto ($p= 0.68$) se demuestra que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con alzhéimer y sin alzhéimer.
- Así mismo, en la comparación de los resultados de la ansiedad se asocia con un punto ($p= 0.64$) de igual manera se encontró que no existe una relación estadísticamente significativa entre los pacientes con alzhéimer y sin alzhéimer.

6. RECOMENDACIONES

En este apartado, se presentan las recomendaciones que pueden surgir a partir de la presente investigación:

- Para ampliar la información, se sugiere evaluar en etapas tempranas del alzhéimer, puesto que según varios estudios ya expuestos en nuestra tesis es indispensable que su valoración sea en un diagnóstico inicial, considerando que es esencial poder acceder al tratamiento, recibir atención médica, brindar orientación familiar y establecer planes apropiados para el futuro. (Avello et al., 2019).
- Con el propósito de ampliar la perspectiva, es importante considerar más datos sociodemográficos, debido a que en este estudio solo fueron considerados, el sexo, la escolaridad y si tiene apoyo social o no.
- Es importante considerar, que el estudio fue aplicado en adultos mayores institucionalizados, por lo que para obtener una visión más detallada sería importante contemplar a personas mayores que vivan de manera autónoma.

REFERENCIAS

- Alarcón, J., Custodio, N., y Montesinos, R. (Diciembre de Octubre de 2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. 81(4).
doi:<http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>
- Álamo-Vega, A., Ávila, A., y Góngora, C. (1 de Enero de 2021). PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN LA TERCERA EDAD. SU PREVENCIÓN. *XII(1)*.
file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-PrincipalesFactoresDeRiesgoEnLaTerceraEdad-7909860.pdf
- Alva, C., Becerra, Y., Custodio, N., Lira, D., Mejía, K., y Montesinos, R. (3 de Septiembre de 2018). Nuevos términos clínicos, prevención y tratamiento del trastorno cognitivo vascular: revisión de literatura basada en la evidencia . 79. Lima-Peru.
<https://www.redalyc.org/pdf/3720/372047507004.pdf>
- Alvarado, M., y Salazar, A. (2018). Análisis del concepto de envejecimiento. 25(2), 4.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Álvarez, B (2018). Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*, 32(8), 523-532.
- Alva-Díaz, Y., Espinosa, Y., y Hernández, E. (2020). Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor. 36(4).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi204d.pdf>
- Andrade, P. (2021, April 5). Plan de cuidados para ancianos con depresión: a propósito de un caso. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300013
- American Psychiatric Association. (2014). MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. *DSM-5*. (5, Ed.)
- Avello, L., Canales-Johnson, A. Lanfranco, R., Manríquez-Navarro, P. (2019). Evaluación de la enfermedad de Alzheimer en etapa temprana: biomarcadores y pruebas neuropsicológicas. *Revista médica de Chile*, 140(9), 1191-1200

- Apolinario-Pincay, J., Godoy, A., Quizhpi, A., y Vera, L. (05 de Julio de 2021). Relación entre alteraciones cognitivas y depresión en pacientes con alzhéimer en Ecuador. *5(2)*.
doi:10.31790/inspilip.v5i2.29
- Beltran-Parrazal, L., Lopez, L., Macías, M., Morgado, C., y Perez, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *10(24)*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7735542>
- Bonilla-Santos, J., Gonzales, A., y Rodriguez, M. (Abril de 2022). La depresión y su relación con el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. *57*.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.10.002>
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J., Brønnick, K., Chwiszczuk, L. J., Auestad, B. H., Aarsland, D., & Rongve, A. (2016). A longitudinal study of anxiety and cognitive decline in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Alzheimer's Research & Therapy*, *8(1)*.
<https://doi.org/10.1186/s13195-016-0171-4>
- Britton, G., Oviedo, D., y Pérez, Á. (mayo de 2018). Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor. *6(2)*. doi:<https://doi.org/10.37387/ipc.v6i2.84>
- Bruning y Mora (2019) Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar. Pontificia Universidad de Chile, *3*, 1-6.
- Buhezo-Palomino, J. (2020). Factores De Riesgo Y Nivel De Ansiedad En El Adulto Mayor.
<https://hdl.handle.net/20.500.14308/2771>
- Cabrera, I., y Montorio, I. (2018). Ansiedad y envejecimiento. *44(2)*. 10.1016/j.regg.2009.01.001
- Calderón, D. (Julio de 2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *29(3)*.
doi:<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Canales, V., Giménez, G., y González, M. (2019). ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL EN PERSONAS CON DEMENCIA . *18*.
http://200.0.183.227:8080/bitstream/handle/123456789/284/TG224_Canales-Gim%C3%A9nez-Gonz%C3%A1lezBelo_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Castro-Peréz, R., Hernández, A., y Zepeda, G. (2021). AUTOEFICACIA, ESTILO DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. UNA REVISIÓN LITERARIA. *12(1)*. doi:<https://doi.org/10.24054/16927427.v1.n%25i.2021.1065>
- Carrillo, C. (2021, July 29). Trastorno de ansiedad generalizada - Síntomas y causas. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/generalized-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20360803>
- Carmona, E., y Santos, V. D. (junio de 2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *15(2)*. doi:<http://dx.doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
- Carvalho-Figueiredo, P., Silva, Y., y Ramos, M. (3 de Julio de 2018). 3080La depresión y su influencia en los cambios neuropsicológicos del adulto mayor con trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer. *12(1)*. doi:<https://doi.org/10.21615/cesp.12.1.6>
- Cobo-Charry, F., Mejía, S., y Santacruz, P. (Julio de 2022). Relación entre la depresión y la demencia. *31(1)*. doi:<https://doi.org/10.46997/revecuatneurol00096>
- Cristalli, D., Iturry, M., Leis, A., Kañevsky, A., Roncorony, M., Russo, J., . . . Zuin, D. (Junio de 2020). Papel de la actividad física en la prevención de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores. *12(2)*. Argentina. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2020.01.003>
- Castro, Y. D., Espinosa, Y., y Hernández, E. (2020). Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor. *36(4)*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi20>
- Escarabajal-Arrieta, D., y Palma, E. (5 de abril de 2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Esmeraldas-Vélez, E., Falcones, R., Solórzano, A., y Vásquez, G. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *3(1)*. doi:[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.58-74](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74)

- Fajardo-Ramos, E., Núñez, L., y Ortega, P. (19 de octubre de 2020). ENFOQUES TEORICOS DEL ENVEJECIMIENTO Y LA VEJEZ. *12(26)*.
<https://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/2218>
- Franco-Fernández, y Jurado, A. (2019). Transtorno de ansiedad en el anciano. *3(1)*, 5.
https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101_37_47.pdf
- Granados-Sáncciez, A. M. (2000). Neuroimagenes: en la evaluación de las demencias. *XXIX (2)*.
 Bogota : Revista colombiana de Psiquiatría .
<https://www.redalyc.org/pdf/806/80629205.pdf>
- González-Molejón, A., Iglesias, S., y Valdés, M. (Noviembre de 2018). LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO. *1(8)*. doi:<https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>
- Gómez-Hernández, M. d. (mayo de 2021). Resiliencia y envejecimiento. *2(2)*.
 doi:<https://doi.org/10.25115/kasp.v2i2.3699>
- Gutiérrez, R., y Lobos, E. (15 de Junio de 2020). Adaptación psicométrica de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg en una muestra salvadoreña. *(70)*.
 doi:<https://doi.org/10.5377/entorno.v0i69.9557>
- healthy aging, A. d. a. (2023). Alzheimer en adultos mayores. // - Wiktionary. Retrieved June 30, 2023, from https://ndriresource.org/alzheimers?gclid=CjwKCAjw-vmkBhBMEiwAlrMeF8fDFePvkz4NOO1E2NIDneqYl-A1KwU7DCPycU2pjMI_kVmSL4XBSRoCVsEQAvD_BwE
- Huang, MD, PhD, Department of Neurology, (2023) University of Mississippi Medical Center
<https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/delirio-y-demencia/demencia>
- Hunsberger, H. C., Lee, S., Cha, J., Jayaseelan, K., Scarlata, M., Whye, A., McGowan, J., y Denny, C. A. (2021). Anxiety throughout Alzheimer’s disease progression: In mice and (wo)men. *Alzheimer’s & Dementia*, *17(S3)*. <https://doi.org/10.1002/alz.051065>
- Jiménez-Moreno, Y. (6 de abril de 2021). Estudio de la inhibición en el proceso de envejecimiento. <https://hdl.handle.net/10953.1/14068>

- Jiménez-Retana, R. (2018). Human Improvement: Aging in the era of technoscience. *InterSedes*, 19(40), 54-70. doi:10.15517/isucr.v20i40.35655
- López-Ibor, M. I. (2017, May). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. In *Anales de medicina interna* (Vol. 24, No. 5, pp. 209-211). Arán Ediciones, SL.
- Naranjo, M. (Abril de 2018). ESTUDIO COMPARATIVO DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO IMPLICATIVO Y EL LEARNING ANALYTICS.
<https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2387/1/76671.pdf>
- OMS. (2022, October 1). Envejecimiento y salud. Retrieved June 30, 2023, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Envejecimiento saludable*. (s. f.). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud.
<https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable#:~:text=El%20envejecimiento%20saludable%20es%20un,lo%20largo%20de%20la%20vida.>
- Ortiz-Alvaréz, A., Pinilla, A., y Suárez, C. (21 de Octubre de 2020). Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. *Revisión de tema*. 2020, 37(2). doi:<https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>
- Ponce, A. (2021). Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. 5(1). Mexico . doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.213
- Quintana, B (2018). Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 40(10), 613-618.
- Randall, R. (3 de Septiembre de 2018). Perfeccionamiento Humano: Envejecimiento en la era de la tecnociencia. *XIX(40)*, 54-70. Costa Rica . doi:10.15517/isucr.v20i40.35655
- Solis, J., y Herrera, P. (2021). Demencia - Síntomas y causas. Mayo Clinic.
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dementia/symptoms-causes/syc-20352013>

Tae-Kwak, Y., Yang, Y., y Koo, M. (2017). Anxiety in Dementia. *Dementia Neurocognitive Disorder*, 2017; 16(2):33-39. 1–7. <https://doi.org/10.12779/dnd.2017.16.2.33>

Viel, S. (Enero de 2019). LA EXPERIENCIA EMOCIONAL DE ENVEJECER. 17. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2019/01/Silvia-Viel.-Experiencia-emocional-de-envejecer..pdf>

World Health Organization: WHO. (2022, 1 octubre). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado

Documento de presentación de evaluador para evaluación psicológica: Participante adulto

Soy VIVIANA WALESKA BARBOTO Y DENISSE FERNANDA SIGUENCIA VANEGAS, estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad del Azuay identificado con código 89845 y 89570 respectivamente. Actualmente estoy realizando un trabajo de investigación como parte de mi tesis en adultos mayores, bajo la supervisión del profesor PHD. ALEXANDRA BUENO. La investigación tiene como finalidad describir la comparación de niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores con y sin alzhéimer.

Considerando sus características sociodemográficas, usted ha sido seleccionado como posible participante en este proceso de investigación. Se realizará mediante el test de escala de ansiedad y depresión de GOLDBERG, en una sesión con cada participante, con una duración de 25 minutos aproximadamente. Además, se compromete a proporcionar toda la información solicitada de forma honesta. Si usted tiene dudas podrá hacer preguntas en cualquier momento de este proceso de investigación. Igualmente, si siente alguna incomodidad durante su participación, puede informarlo al investigador para recibir orientación o retirarse, sin que ello lo perjudique de ninguna forma.

La información recolectada durante esta investigación será INDICAR SI ES ANÓNIMA O CONFIDENCIAL Y EXPLICAR EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y se usará solo con fines académicos (INDICAR EXCEPCIONES SI ESE FUERA EL CASO).

Para cualquier información adicional o incomodidad relacionada con su participación en la investigación, puede comunicarse con el investigador responsable: Alexandra Bueno Pacheco al correo electrónico: abueno@uazuay.edu.ec.

Yo, _____, luego de haber leído y entendido el contenido de este documento, acepto de manera voluntaria participar en la investigación.

Cuenca, ____ de _____ del 2023

Firma del participante

Firma del investigador responsable

ANEXO 2. Escala del Test de Goldberg

ANEXO 2: ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

SUBESCALA DE ANSIEDAD	
	Sí No
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha sentido muy irritable?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Subtotal	
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	
	Sí No
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TOTAL ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>
SUBESCALA DE DEPRESIÓN	
	Sí No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha perdido Ud. su interés por las cosas?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Subtotal	
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)	
	Sí No
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TOTAL DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>

