



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**SOLEDAD Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN ADULTOS
MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO
INSTITUCIONALIZADOS, DE LOJA, PERIODO 2022.**

**Trabajo de integración curricular
previo a la obtención de Título de
Licenciada en Psicóloga Clínica.**

AUTORA:

Jacqueline Estefanía Ortega Lozano.

DIRECTORA:

Psi. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mg.Sc.

Loja – Ecuador

2022
1859

Certificación

Loja, 13 de septiembre de 2022

DE: Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mg. Sc. DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

PARA: Dra. Ana Puertas Azanza Mg. Sc. DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA-FSH-UNL

CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema: **Soledad y Ansiedad ante la Muerte en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados, de Loja, Periodo 2022** de la autoría de **Jacqueline Estefanía Ortega Lozano**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.



firmado electrónicamente por:
**CINDY ESTEFANIA
CUENCA SANCHEZ**

.....
Psc. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mg. Sc.

FIRMA

Autoría

Yo, **Jacqueline Estefanía Ortega Lozano**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma: _____



Cédula de Identidad: 1722917323.

Fecha: 16 de septiembre del 2022.

Correo electrónico: jacqueline.ortega@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0988671058.

Carta de Autorización

Yo, **Jacqueline Estefanía Ortega Lozano** declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular titulado **Soledad y Ansiedad ante la Muerte en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados, de Loja, Periodo 2022.**, como requisito para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días del mes de septiembre del dos mil veintidós, firma:

Firma: _____



Autora: Jacqueline Estefanía Ortega L.

Número de Cédula: 1722917323.

Dirección: Av. Pio Jaramillo y Malvinas.

Correo electrónico: jacqueline.ortega@unl.edu.ec

Teléfono: 0988671058.

DATOS COPLEMENTARIOS:

Directora de Trabajo de Integración Curricular: Psicóloga Clínica Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

- Presidenta: Dra. Ana Puertas Azanza Mg. Sc.
- Vocal 1: Psi. Cl. María Paula Torres Mg. Sc.
- Vocal 2: Psi. Cl. Marco Sánchez Salinas Mg. Sc.

Dedicatoria

Agradezco a Dios, por haberme permitido culminar una etapa profesional en mi vida, por haber puesto en mi dones y talentos que me han caracterizado como la persona que hoy soy. Por poner en mí el amor hacia mi profesión

A mi madre, porque me han brindado su apoyo incondicional, por el esfuerzo que han hecho durante mi formación profesional, por su amor, por creer en mí, por sus sabios consejos.

A mis hermanos por sus consejos, su apoyo incondicional, por estar junto a mí en los momentos más difíciles, por creer en mí, por sus sonrisas, sus abrazaos, por comprenderme, eternamente agradecida.

Jacqueline Estefanía Ortega Lozano

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, y a todas las autoridades que la conforman, en especial a la Dra. Ana Puertas, Mg.Sc. Coordinadora de la carrera de Psicología Clínica, quien con su acertado trabajo garantiza el adelanto y progreso de nuestra prestigiosa carrera. De manera especial a todas mis docentes por compartir sus conocimientos a lo largo de mi formación profesional.

A mi asesora de tesis Psicóloga Clínica Cindy Cuenca Sánchez Mg. Sc, gracias por creer en mí, por mostrarme su confianza, por escucharme en los momentos difíciles, por saber guiarme, pero sobre todo por ser un ejemplo de vida, por demostrarme su cariño y haberme acompañado durante el proceso de formación profesional, sinceramente agradecida.

Jacqueline Estefanía Ortega Lozano.

Página Preliminares.

i.	Portada	I
ii.	Certificación.....	II
iii.	Autoría.....	III
iv.	Carta de Autorización.....	IV
v.	Dedicatoria.....	V
vi.	Agradecimiento.....	VI
vii.	Índice de Contenidos.....	VII
viii.	Índice de Tablas.....	VIII
ix.	Índice de Anexos.....	IX

Contenido

1	Título.....	1
2	Resumen	2
2.1	Abstract	3
3	Introducción.....	4
4	Marco teórico	7
4.1	Capítulo I: Soledad.....	7
4.1.1	Definición.....	7
4.1.2	Soledad en el Adulto Mayor.....	7
4.1.3	Dimensiones de la Escala Este II de Soledad.....	8
4.1.4	Teorías relacionadas con la soledad en el Adulto Mayor.....	9
4.1.5	Causas de la Soledad en el Adulto Mayor.....	9
4.1.6	Tipos de soledad en el Adulto Mayor	10
4.1.7	Experiencias Vitales y Soledad en el Adulto Mayor.....	11
4.1.8	Evaluación de la soledad	14
4.1.9	Intervención en soledad en el adulto mayor.....	15
4.2	Capítulo II: Ansiedad en el Adulto Mayor.....	17

4.2.1	Definición.....	17
4.2.2	Ansiedad ante la Muerte en el Adultos Mayor.....	18
4.2.3	Dimensiones de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS).....	19
4.2.4	Teorías relacionadas a la Ansiedad ante la Muerte.....	19
4.2.5	Cuadros Clínicos relacionado con la Ansiedad ante Muerte.....	20
4.2.6	Tipos de ansiedad en el Adulto Mayor.....	22
4.2.7	Causas de la ansiedad en el Adulto Mayor	22
4.2.8	Cambios de vida del adulto mayor y actitudes ante la muerte.....	23
4.2.9	Factores involucrados en la ansiedad ante la muerte	24
4.2.10	Evaluación	24
4.2.11	Intervención en el manejo de la ansiedad ante la muerte.....	26
5	Metodología.....	28
5.1	Diseño de investigación	28
5.2	Tipo de investigación	28
5.3	Área de estudio:.....	28
5.3.1	Población:.....	28
5.4	Técnicas.....	29
5.5	Instrumentos.....	29
5.5.1	Ficha técnica 1.....	29
5.5.2	Ficha técnica 2.....	31
5.6	Consideraciones Éticas.....	33
5.7	Procedimientos de objetivos.....	33
6	Resultados.....	35
6.1	Objetivo General	35
Soledad y Ansiedad ante la Muerte en los Adultos Mayores Institucionalizados y no		
Institucionalizados.		
6.2	Objetivos Específico 1	36

Niveles de Soledad según la Escala de Soledad Social Este II en los Adultos Mayores Institucionalizados y No Institucionalizados.	36
6.3 Objetivos Específico 2	37
Niveles de Ansiedad ante la Muerte según la Escala de Ansiedad ante la Muerte - DAS en los Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados.	37
6.4 Objetivo específico 3.....	38
Diseñar un Plan Psicológico orientado al manejo de Soledad y Ansiedad ante la Muerte en los Adultos Mayores.	38
6.4.1 Presentación	38
6.4.2 Justificación.....	38
6.4.3 Objetivo general	39
6.4.4 Fases del Programa de Intervención Psicoterapéutico	39
7 Discusión	63
8 Conclusiones	65
9 Recomendaciones	66
10 Bibliografía	67
11 Anexos	73

Índice de Tablas

Tabla 1 Soledad y Ansiedad ante la Muerte Adultos Mayores Institucionalizados.....35

Tabla 2 Soledad y Ansiedad ante la Muerte Adultos Mayores no Institucionalizados...35

Tabla 3 Niveles de Soledad en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados.....36

Tabla 4 Niveles de Ansiedad ante la Muerte en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados.....	37
--	----

Índice de Anexos

11	Anexos	73
11.1	Anexo 1. Aprobación del Proyecto: Informe de Estructura, Coherencia y Pertinencia	73
11.2	Anexo 2. Designación de la directora	74
11.3	Anexo 3. Oficio de Pertinencia del lugar para realizar la Investigación del Trabajo de Integración Curricular.....	75
11.4	Anexo 4. Certificación del Abstrac.....	76
11.5	Anexo 5. Consentimiento Informado.....	77
11.6	Anexo 6. Ficha Sociodemográfica	79
11.7	Anexo 7. Escala de Ansiedad ante la Muerte – DAS.....	81
11.8	Anexo 8. Escala Este II de Soledad Social.....	83
11.9	Anexo 9. Tablas.....	85
11.9.1	Tablas de institucionalizados y No institucionalizados.....	85
11.10	Anexo 10. Matriz de Datos en Excel.....	90
11.11	Anexo 11. Matriz de Datos en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS	90

1 Título

Soledad y Ansiedad ante Muerte en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados, de Loja, Periodo 2022.

2 Resumen

La etapa del envejecimiento no solo se reduce a un proceso biológico, sino que implica una serie de cambios en las esferas psicológicas, sociales, culturales, espirituales, que demanda, además, la capacidad de afrontar pérdidas propias de la edad, la soledad, enfrentarse a la propia muerte y ante ello la ansiedad que esto pueda generar. El presente trabajo tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la soledad y la ansiedad ante la muerte en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo de diseño no experimental y descriptivo correlacional. La población estuvo comprendida por 62 adultos mayores entre residentes y no residentes de instituciones geriátricas de la ciudad de Loja. Se aplicaron los instrumentos psicológicos Escala de Soledad Social Este II y la Escala de Ansiedad ante la Muerte DAS. Para el análisis estadístico de las variables, se utilizó el software IBM SPSS Statistics 25. Los resultados obtenidos indican que, tanto en el grupo de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados predominan un nivel alto de soledad, mientras que, para la ansiedad ante la muerte, ambos grupos de estudio presentaron un nivel bajo. En lo que respecta al análisis estadístico entre variables, se evidenció que no existe una correlación significativa. Finalmente se diseñó un plan psicológico orientado en el manejo de soledad y ansiedad ante la muerte en los adultos mayores que formaron parte de estudio, y que puede ser aplicado a otras instituciones geriátricas.

Palabras clave: Soledad, final de la vida, senectud, institucionalización.

2.1 Abstract

The aging stage is not only reduced to a biological process, but also involves a series of changes in the psychological, social, cultural and spiritual, which also demand the ability to face age-related losses, loneliness, facing one's own death and the anxiety that this may generate. The main objective of this study was to determine the relationship between loneliness and death anxiety in institutionalized and non-institutionalized elder adults. The study had a quantitative approach of non-experimental and descriptive correlational design. The population consisted of 62 older adults, residents and non-residents of geriatric institutions in Loja city. The psychological instruments used were the Social Loneliness Scale Este II and the Death Anxiety Scale DAS. For the statistical analysis of the variables, the IBM SPSS Statistics 25 software was used. The results obtained indicate that, both in the group of institutionalized and non-institutionalized older adults, a high level of loneliness predominates, while for death anxiety, both study groups presented a low level. Regarding to the statistical analysis between variables, it was found that there was no significant correlation. Finally, a psychological plan was designed for the management of loneliness and death anxiety in older adults who were part of the study, which can be applied to other geriatric institutions.

Key words: Loneliness, end of life, senescence, institutionalization.

3 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), el envejecimiento es un proceso natural que atraviesan todos los seres humanos, asociado a un declive gradual de las capacidades físicas, intelectuales, vínculos afectivos, además de un aumento del riesgo de enfermedades, discapacidades y finalmente la muerte.

En la población mundial las personas viven más tiempo que antes. En la actualidad, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Se calcula que entre el 2020 y 2030 el porcentaje de la población de adultos de 60 años en adelante en el mundo se duplicará el 34 %. En Latinoamérica y el Caribe es la segunda región de más rápido crecimiento en términos del número de personas mayores de 60 años, lo que se estima que para 2030, 1 de cada 6 personas tendrá 60 años o más (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Los datos de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM) señalan que para el año 2050, Ecuador tendrá una población de 23,4 millones de habitantes según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Por otro lado, se corrobora que 1341. 664 de la población adultos mayores, 132.365 de la población vive sola, de los cuales 40.770 viven en malas e indigentes condiciones sociales. En su mayoría se trata de viudos, viudas y mujeres solas. La proporción de personas mayores que viven en soledad se incrementa con la edad según el Servicio Ecuatoriano de normalización (INEN., 2014).

En esta misma línea, la OMS (2021) plantea que la soledad a nivel mundial tiene una prevalencia del 20% en la población de los adultos mayores, misma que constituye un factor de riesgo frente a la depresión, ansiedad, entre otras alteraciones psicológicas. Experiencias como el duelo, maltrato, abandono, aislamiento social, aislamiento familiar, jubilación, cambio de rol, pérdida de autonomía, la pobreza, son factores causales del sentimiento de soledad, y son frecuentes en este grupo poblacional.

La Federación Iberoamericana de Asociaciones (2016) indica que las personas viudas presentan menores índices de salud física y mental que el resto de la población de la misma edad. Así mismo, las causas psicológicas de la soledad pueden llevar al adulto mayor a conductas de aislamiento, deterioro cognitivo, hasta la psicosis y tiene relación con otras enfermedades como el Parkinson, Alzheimer y la Demencia, existiendo la probabilidad de una muerte prematura.

Así mismo, se sabe que el envejecimiento suele ir acompañado de enfermedades en diferentes medidas, pero el hecho de pensar en ellas, en los tratamientos que estas conllevan, e incluso en la muerte que estas puedan causar, arrastra al adulto mayor al miedo o terror a la muerte causando en ellos desesperación, causa principal y fundamental de la ansiedad (Tomás-Sábado, 2020).

La senectud, como periodo final de la vida, conlleva un proceso de adaptación y aceptación frente al sinnúmero de pérdidas a las que se enfrentan las personas mayores, pero, sobre todo, la aceptación de la finitud de su propia existencia. Sin embargo, para Tomás-Sábado (2020) la ansiedad ante la muerte en adultos mayores, se manifiesta a través de distintas emociones y actitudes y afirma que el hecho de hablar de la muerte conlleva a sentimientos negativos como la tristeza, el dolor, la pérdida y temor; en consecuencia, el instinto de supervivencia innato al hombre lo lleva a querer prolongar su vida, trayendo consigo que los adultos mayores caigan en angustia y desajuste emocional.

Ante lo mencionado, la presente investigación tiene por objetivo conocer el nivel de soledad y ansiedad ante la muerte, en una población de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, además de establecer una relación entre ambas variables, con el afán de visibilizar esta problemática que puede tener implicaciones en la salud mental y el bienestar en general de los adultos mayores.

Es importante considerar las limitaciones del presente estudio en lo que respecta al tamaño de la muestra y al contexto situacional de los participantes, por lo que resulta conveniente realizar investigaciones que aborden la temática y puedan generar resultados que aporten a la problemática que afecta a la población adulta mayor en una muestra más amplia y de manera longitudinal.

El trabajo de investigación cuenta con un marco teórico estructurado de la siguiente forma: en el capítulo 1 se abordan temas referentes a la soledad, soledad en el adulto mayor, dimensiones de la Escala de Este II de Soledad, teorías relacionadas con la soledad en el adulto mayor, causas de la soledad en el adulto mayor, tipos de soledad en el adulto mayor, experiencias vitales y soledad en el adulto mayor, evaluación de la soledad e intervención en soledad en el adulto mayor. El capítulo 2 comprende los temas de ansiedad, ansiedad ante la muerte en el adulto mayor, dimensiones de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS), teorías relacionadas a la ansiedad ante la muerte, cuadros clínicos relacionados con la ansiedad ante la muerte, tipos de ansiedad en el adulto mayor, causas de la ansiedad en el adulto mayor, cambios

de vida del adulto mayor y actitudes ante la muerte, factores involucrados en la ansiedad ante la muerte, evaluación de ansiedad ante la muerte, y finalmente intervenciones en el manejo de la ansiedad ante la muerte.

4 Marco teórico

4.1 Capítulo I: Soledad

4.1.1 Definición

Según el diccionario de la Real de la Academia Española (2020) Soledad proviene de los vocablos del latín solitas, atis. es una carencia voluntaria o involuntaria de compañía, es un lugar desierto o tierra no habitada, pesar y melancolía que se sienten, por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo. Otras definiciones encontradas fueron: Circunstancia de estar solo, sentimiento de tristeza y melancolía por la ausencia de una persona, animal o cosa, lugar solitario

Además, Rubio y Alexandre definen la soledad como un fenómeno multidimensional, psicológico, y potencialmente estresante, como resultado de ausencia de vínculo afectivos, sociales y físicas, reales o percibidas, como un impacto diferencial sobre el funcionamiento del envejecimiento (Rubio y cols, 2007).

Para Rubio y cols (2007) la soledad que padecen los individuos puede ser objetiva (vivencia real de estar solo) y la percepción subjetiva (se orienta al sentirse solo), por tanto, se percibe que el sentimiento de soledad es un estado que comúnmente aflige al ser humano, se agudiza en la vejez por las pérdidas que experimenta el adulto y afecta su calidad de vida.

4.1.2 Soledad en el Adulto Mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) manifiesta que los cambios en el ciclo de la vida de los adultos mayores pueden acompañarse de alteraciones en la salud mental, además de pérdida de las funciones vitales, enfermedades propias de su edad, el estrés, depresión, ansiedad, duelo, abandono, cambio de rol, maltrato, pobreza, la pérdida autonomía y pertenencia. Además, se ha considerado clasificarlos a los adultos mayores a partir de 60 años en adelante, en los que se identifica que a mayor edad incrementa el sentimiento de soledad y son aún más propensos a sufrir daños físicos, psicológicos, como vacío, tristeza, desánimo y aislamiento.

La soledad tiene efectos perjudiciales en la salud de la persona mayor, ya que limita la actividad física y afecta la nutrición saludable, dando como desenlace el deterioro de la salud física, haciendo propenso al adulto mayor a enfermedades cardiovasculares, así como afecciones en la salud mental propiciando el desarrollo de depresión, ansiedad y deterioro a nivel cognitivo (Crewdson, 2016).

Boss y Branson (2017) afirman que la soledad se asocia con deterioro cognitivo, y a su vez, afecta la capacidad para realizar actividad desde la vida diaria y funcionar de forma independiente, puesto que, por medio de sus estudios sobre la soledad y la función cognitiva en los adultos mayores, indican que la soledad es relevante y perjudicial en la salud psicosocial de las personas adultas y que a menor función cognitiva se encontró una mayor soledad.

Cabe distinguir la diferencia entre estar solo y sentirse solo, ya que, entre ambos conceptos, el primero se asocia con aislamiento social y carencia de redes sociales (soledad objetiva) y el segundo lo definen como soledad subjetiva a las facetas sociales como emocionales (Rubio y cols, 2007). La soledad emocional generalmente se refiere a la ausencia de apego a una persona especial o amada, mientras que la soledad social se refiere a la falta de conectividad o satisfacción con las redes social y la ausencia de una relación significativa en la vida de uno Weiss (1973, como se citó en Chacon Fernandez, 2021.)

4.1.3 Dimensiones de la Escala Este II de Soledad

Las manifestaciones que la soledad puede ser definida de diversas formas, pero en principio, es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. (Rubio, 2017). La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, si bien se puede distinguir entre aislamiento y desolación, es decir, entre la situación de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma, de añorar personas o situaciones (Chacon, 2021).

- **La soledad social.** Se refiere al contacto que se tiene con otras personas con las que se socializa y se establece vínculos importantes para su proceso.
- **Red social objetiva.** Definida como el conjunto de personas que rodean al individuo que considera amigos o son familiares.
- **Red social subjetiva.** Considerada como el conjunto de personas significativas en la vida del individuo.
- **Adaptación a nuevos sistemas de vida y el uso a nuevas tecnologías.** Definida como el ajuste a los nuevos sistemas tecnológicos como medio de socialización que rodean actualmente al individuo y actividades, en concreto aquellas tareas relacionadas con la participación con otros mayores. (Pinel et al. 2009, p. 5).

4.1.4 Teorías relacionadas con la soledad en el Adulto Mayor

4.1.4.1 Soledad según la Teoría Social Cognitiva

Esta teoría hace mención que las personas que demuestran un sentimiento de soledad son aquellas que carecen de vínculos sociales, incapaces de relacionarse con los demás, tienden a exhibir emociones negativas y desarrollar perspectiva carente de ellos mismos. El estar o sentirse solo es una experiencia, que al hacerse crónica puede tener enormes consecuencias psicológicas y físicas, ya que la falta de integración social, es incompatible con el bienestar de las personas (Sequeira Daza, 2011).

4.1.4.2 Soledad según con la Teoría Existencial

Desde una perspectiva religiosa se ha considerado que la soledad es algo favorable en momentos que son para encontrarse uno mismo. Cada acontecimiento de soledad, es inevitable para las personas, dado que es necesario para el crecimiento personal. (Chacon, 2021). Sin embargo, esta teoría no diferencia muy claramente entre el estado objetivo de tener la mínima interacción y la sensación subjetiva de sentirse solo, ya que mientras el estar solo puede ser efectivo en términos de la devoción, la armonía y el descanso, se podría confundir con la sensación subjetiva de soledad (Sequeira Daza, 2011).

4.1.4.3 Soledad según con la Teoría Psicodinámica

La perspectiva que fundamenta la Teoría de Freud en relación al apego y los conflictos desarrollados en la infancia forman la personalidad adulta y predisponen estrategias de afrontamiento que se desarrollan en el futuro. En este sentido, refiere a la soledad un estado mental fruto de los acontecimientos de la vida anterior, el cual podría dificultar en el adulto mayor a establecer nuevas relaciones sociales (Chacon, 2021).

4.1.5 Causas de la Soledad en el Adulto Mayor

La soledad es considerada como problema de salud pública ya que se relaciona con niveles bajos de bienestar y la disminución de la calidad de vida en los individuos que la perciben como no gratificante, ocasionándoles repercusiones emocionales y sociales, causa problemas como la depresión, el suicidio o, incluso, la muerte, este sentimiento depende del contexto, personalidad e historia de la persona. (Trujillo, 2021).

Trujillo (2021) sostiene que, la soledad es común a todos, por su naturaleza como experiencia subjetiva varía de persona en persona, ocurre bajo diferentes condiciones y una

multitud de causas, con diferentes resultados y consecuencias desde las dimensiones física, psicológica, emocional, conductual y social e incluso a una elevada mortandad. En la primera se puede presentar debilidad del sistema inmunológico, problemas respiratorios, cardiacos, digestivos, diabetes y problemas en el patrón del sueño; en la dimensión psicológica, déficit en la percepción de autoconcepto y del sentimiento de baja autoestima, depresión, ansiedad, hostilidad, resentimiento y tristeza, deterioro cognitivo y mental; en la dimensión conductual, mayor riesgo de alcoholismo, trastornos de sueño, trastornos alimentarios, riesgo a sufrir accidentes domésticos y suicidio; en la mortandad, aumentos de ideación suicida, riesgo a morir prematuramente; en la dimensión social, prejuicios y aislamiento social.

La soledad tiene repercusiones en el adulto mayor como: despertar sentimiento de derrota, disminución en su movilidad, descuida su atención personal y su salud, abandonando tratamientos e impactando en la atención médica ya que incrementa la asistencia a consultas médicas, la morbilidad y la mortalidad. (Trujillo León et al., 2021)

4.1.6 Tipos de soledad en el Adulto Mayor

Desde un enfoque se ha establecido categorías o tipos de soledad con una diferencia si la soledad se debe a la carencia de relaciones sociales específicas o a la existencia de cierto tipo de problemas dentro de las relaciones existentes (Quinteros et al., 2018).

Soledad existencial. Esta influye relativamente poco la calidad y la cantidad de las interacciones que mantenemos con el resto de personas. Es un estado o sensación de vacío generalizado o de sentirse solos, incapaces de comprender el sentido de las cosas, estando todo esto acrecentado por las emociones derivadas de la soledad.

Soledad emocional. Surge al proyectar en otros grandes apegos, altas expectativas y esperanzas y el resultado es un sentimiento de vacío en esas relaciones. Puedes sentir soledad por la ausencia física de una pareja, familiares o amigos, pero también pueden experimentar esta falta aún teniendo a esas personas cerca.

Soledad social. Se manifiesta cuando la persona se siente excluida de un grupo social. Al afrontar un problema social, las personas de cierto grupo se sienten aisladas de la sociedad como un foco cuestiones relacionadas con su raza, su clase social, su sexo o su orientación sexual.

Soledad positiva. Desde el punto de vista empírico, se han establecido algunas categorías o tipos de soledad de acuerdo a si la soledad se debe a la carencia de relaciones sociales específicas o a la existencia de cierto tipo de problemas dentro de las relaciones.

Esta se beneficia por medio de la salud emocional, se permite reservarse ciertos tiempos de soledad para entrar en comunión consigo mismo, para vivir el propio ser con calma, con serenidad, conforme a su propio ritmo. Estar sola le permite a la persona reflexionar, comunicarse con Dios (en el caso de los creyentes), recuperarse de las exigencias sociales, valorarse, fortalecer el espíritu, sentir los recuerdos, las ilusiones, los pensamientos y el propio cuerpo y renovar la energía y el entusiasmo para apreciar todo lo que ocurre en su mente y en su vida.

Soledad negativa. Esta genera un daño en la salud emocional, se produce cuando una persona se siente distanciada de los demás, incomprendido o rechazado por otros y carece de los recursos sociales adecuados para llevar a cabo las actividades que desea, entonces la soledad se percibe como una experiencia negativa, como una experiencia dolorosa y de sufrimiento que se acompaña de un vacío interior y cultural, de sentimientos negativos, tristeza, abandono, ansiedad, depresión, incomunicación absoluta que va en contra del hombre como ser social.

Soledad transitoria. Se asocia con breve sentimiento de soledad, por ejemplo, al volver después del trabajo a una casa vacía, durante un fin de semana o en fiestas especiales. La duración de la soledad se relaciona con el nivel de educación, del status marital, la historia del divorcio parental y de la utilización de las estrategias de afrontamiento elegidas.

Soledad situacional. Está vinculada con eventos estresantes como una separación, la pérdida de una relación, el divorcio o la muerte de la pareja, de los padres o los hijos, son episodios breves, agudos y dolorosos, aunque de remisión más rápida. Es la soledad como estado que se desencadena por factores ambientales y personales.

Soledad crónica. Va más allá de las circunstancias interpersonales que la iniciaron, la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias por lo menos a través de dos etapas de su vida, como podrían ser la adolescencia y la adultez joven o la adultez joven y la edad madura.

4.1.7 Experiencias Vitales y Soledad en el Adulto Mayor

La soledad puede verse incrementada a lo largo del ciclo vital por factores asociados a los estilos cognitivos o a la personalidad de las personas o a la ocurrencia de sucesos vitales

significativos como, por ejemplo, la jubilación, aislamiento familiar y social, a enfermedades o asumir la tarea de cuidar de un familiar dependiente.

4.1.7.1 Jubilación.

La jubilación es aquel periodo en el cual, por convenio, a partir de una determinada edad, las personas se retiran de la vida laboral activa y marca el fin de la vida laboral. Además, aparecen grandes cambios importantes en las pautas que tienen lugar al final de la madurez conduciendo a una modificación de la actividad a la inactividad, ésta suele vivirse como un proceso cambiante y variable en secuencia tradicional de educación, trabajo y jubilación. Hay una tendencia a largo plazo a reducir la duración del trabajo y a aumentar los períodos de formación a lo largo de toda la vida laboral. (Sequeira Daza, 2011).

Para Triadó (2014) las condiciones de la edad, el género, el nivel de ingresos, el estatus laboral, el nivel educativo y el estado civil son variables importantes que marcan diferencias en la adaptación al proceso de jubilación. La edad a la que se abandona la actividad laboral es un factor importante capaz de dar a la jubilación en sentidos diferentes, al entrar al periodo de inicio de los 65 años se caracteriza un declive gradual del funcionamiento y los cambios en la posición dentro de la sociedad a diferencia de mayores con profesión. Sin embargo, Sequeira Daza. (2011) menciona a diferencia de estos dos grupos, la jubilación debería ser flexible, elegida y no forzada.

Así mismo, a la enorme complejidad y variedad de significados, el proceso de jubilación presenta diversas formas positivas y negativas en cada persona y en cada situación atravesando mediante una serie de etapas, conocido como el planeamiento clásico de Atchley (1976, como se citó en Triadó et al., 2014) según él, la (*fase de prejubilación*) al principio la persona se plantea expectativas sobre cómo será su jubilación y hace planes más o menos alcanzables; (*fase de desencanto*) las personas son capaces de encontrar actividades satisfactorias; (*fase de reorientación*) empiezan a construir percepciones más realistas respecto a la jubilación; (*fase de estabilización*) la persona lograr una ajuste entre percepción y la realidad; (*fase final*) llega al proceso de jubilación.

4.1.7.2 Aislamiento Familiar.

En la actualidad, resulta imprescindible conocer a cerca de la realidad de aislamiento familiar por la cual atraviesan los adultos mayores en su diario vivir. Dentro de las transformaciones culturales de la sociedad, han generado que la etapa del adulto mayor sea

vista como época de vulnerabilidad, debido al cambio de roles que enfrenta el adulto mayor, tanto a nivel familiar como social, el dejar de ser el jefe a cargo de la familia y convertirse en un miembro dependiente, el perder capacidades físicas como la movilidad o la aparición de enfermedades, el no poder ser partícipes del ámbito laboral conlleva a que se generen unas necesidades que tanto la familia como el estado debe entrar a valorar y tratar de minimizar. (Sequeira Daza, 2011)

Para López y Díaz (2018) las condiciones que con mayor frecuencia inciden en el deterioro de la salud tanto mental como física del adulto mayor, muchas veces cuentan cada vez con menos acercamiento por parte de la familia. En momentos de tristeza, rabia o decepción muchas prefieren aislarse y buscar su tranquilidad en la soledad. No obstante, llega un momento en que regresa la calma y con ella la necesidad de volver a sentir la compañía y el apoyo de todas esas personas que de una u otra forma motivan a vivir.

Son muy pocas las personas que por decisión propia deciden quedarse solas, estar rodeados de más gente y sentirse importantes para alguien es una necesidad innegable. Lo triste es que algunas personas, sobre todo, al llegar a la vejez, sufren de aislamiento por parte de su familia y seres queridos quedando muchas veces en completo abandono hasta el día de su muerte. (Ferrari Borba, 2015).

4.1.7.3 Aislamiento Social

La soledad es la sensación de no recibir el afecto deseado (conyugal, familiar o social) produciendo insatisfacción, angustia, sufrimiento, entre otros síntomas. Rubio (2007) distingue dos tipos: soledad objetiva (la falta de compañía, permanente o transitoria como una experiencia buscada la persona) y la subjetiva (sentimiento a sentirse solo a diferencia de si viven acompañadas o no), ambos conceptos ya sean en el plano conyugal, familiar o social, llevan al individuo a carecer de relaciones interpersonales duraderas, la falta de comunicación activa, desarrollando una conducta de exclusión y aislamiento social.

Para Tejeda (2020) el aislamiento se relaciona con una pérdida de integración social, debilitamiento de los lazos familiares, los cambios sociales y culturales que han llevado al adulto mayor se encuentre fundamentalmente solo. Sin embargo, la soledad se percibe como un problema cuando es una situación impuesta de la que no puede evitar, podemos hablar de algunos factores como privacidad o búsqueda voluntaria de aislamiento: factores personales y de salud (enfermedades, negación, limitación); factores familiares (delegación del cuidado a

los servicios sociales, institucionalización); factores psicológicos y sociales (situación económica, aislamiento voluntario, abandono) que se presentan impuestos en la persona.

4.1.8 Evaluación de la soledad

Dentro del proceso de evaluación de soledad, tenemos algunos instrumentos.

Escala Este de Soledad: Un indicador para la medición de la soledad en mayores de Rubio R y Aleixandre, M (2007).

Esta escala está diseñada y permite obtener una puntuación objetiva de la soledad. Consta de 36 ítems tipo Likert con puntuaciones de 1 a 5 de las afirmaciones son:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. Parcialmente de acuerdo.
3. No tiene una opinión definida o depende de las circunstancias.
4. Parcialmente de acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

Clasificación de 4 factores que harían referencia a:

- La Soledad familiar.
- La Soledad conyugal.
- La Soledad social.
- La Soledad existencial. Intervención.

Clasificación de los ítems por factor son:

F1: (ítems 1-2-8-9-10-11-12-13-17-18-19-20-21-28)

F2: (ítems 3-4-5-6-7).

F3: (ítems 15-16-18-22-23-24-25).

F4: (ítems 14-26-27-29-30-31-32-33-34).

Escala para la evaluación de la Soledad social y emocional en adultos (SELSA) de DiTommaso y Spinner (1993).

La escala SELSA es una versión adaptada por Aslan (2014) diseñada para realizar una medición de las múltiples dimensiones de la soledad. Consta de 37 ítems, de tipo Likert y está dividida en dos subescalas:

- Soledad emocional (romántica y familiar).

- Soledad social.

Con puntuaciones del 1 al 4 como:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Desacuerdo.
3. De acuerdo.
4. Totalmente de acuerdo.

Clasificación de los ítems de la siguiente forma:

- Soledad emocional: (ítems 1, 4, 6, 7, 8, 9, 14, 16, 17, 18,19, 21, 22, 23)
- Soledad social: (ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 13), redactado de forma negativa. (Sagrario Yárnoz , 2008).

Escala del Adulto Mayor (IMSOL – AM) de María Montero-López Lena y Armando Rivera-Ledezma (2009). Es un instrumento que mide el nivel de soledad en los adultos mayores, a partir de los 50 años. Consta de 20 ítems con opciones de respuesta tipo Likert.

Corresponde puntuaciones del 1 al 4 como:

- 0 a Nunca.
- 1 Casi nunca.
- 2 Algunas veces.
- 3 La mayor parte del tiempo.
- 4 todo el tiempo.

Consta de dos subescalas:

- La primera sub-escala o dimensión, es la denominada **Alienación Familiar**, que alude a la incomprensión, alejamiento y reprobación familiar, a dicha dimensión le corresponde los reactivos (1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 15).
- La segunda sub-escala o dimensión, es la **Insatisfacción Personal**, la cual alude a la insatisfacción y carencia de propósito en la vida. (Miyasato y Montoya, 2020).

4.1.9 Intervención en soledad en el Adulto Mayor

Se propone integrar estrategias, técnicas o implementación de procesos de intervención preventivos, motivacionales, psicoterapéuticos que aseguren la salud mental y el bienestar del adulto mayor durante sus últimos años de vida buscando manejar y reducir la soledad.

Intervención desde la terapia ocupacional. La terapia ocupacional trata de facilitar, en los trastornos depresivos, el desarrollo de la competencia en habilidades de afrontamiento ofreciendo a los adultos mayores oportunidades de participación en actividades propositivas y significativas para ella.

Psicoeducación acerca de la soledad en el adulto mayor. Mediante la psicoeducación se aportará temas acerca de la soledad con el objetivo de informar, conocer y mejorar la perspectiva en el adulto mayor a nivel personal, familiar y social.

Fomentar programas de acompañamiento. De esta manera pueden trabajarse con las personas mayores que viven solas o en centros geriátricos:

- Acompañamiento Afectivo. Implica en dos acciones como el acompañamiento en residencia y a domicilio, con el objetivo es ofrecer un acompañamiento afectivo y activo en soledad; favorecer la creación de vínculos que permitan el establecer las relaciones humanas mantenidas en el tiempo; limitar las consecuencias negativas de la soledad, mediante el contacto continuado con la persona mayor; mejorar el contacto con el entorno de la persona mayor y favorecer su participación en el mismo.
- Programa de sensibilización. Consiste en visibilizar las situaciones de soledad en la sociedad, concienciando acerca de los efectos y las necesidades que surgen para afrontarla, además del poder transformador de la ciudadanía y la acción voluntaria. El objetivo es luchar contra la imagen estereotipada del envejecimiento como una etapa de la vida vinculada a enfermedad, incapacidad, aburrimiento o declive. Asimismo, ofreciendo una visión realista y una imagen activa y participativa de las personas mayores en la familia, comunidad y sociedad.

Actividades instrumentales, domésticas y terapéuticas. Consiste si el adulto mayor tenga ganas de hacer actividades, brindado la oportunidad de motivarle, aconsejándole y asesorándole de forma sencilla. Además, de hacerlo sentir útil, autónomo capaz de seguir practicando sus aficiones y calidad de vida a través de cuatro aspectos físico, mental y social. A pesar de estar acostumbrados a actividades como: leer, escuchar música, jugar a las cartas, hacer labores creativas de forma individual o grupal.

Movilidad en los adultos mayores. Es recomendable el acompañamiento en su actividad física, ayudándole a retrasar o mejorar la pérdida de masa muscular, prevenir caídas y fracturas que no son acorde en su edad y contribuir a mejorar la salud y calidad de vida.

Actividades de animación adaptadas de forma individual: Las actividades tanto lúdicas como de animación fortalece el vínculo social entre el cuidador y el adulto mayor de forma individual, se dispone de los siguientes recursos como: Juegos de mesa (cartas, parchís, bingo, domino). Es la mejor terapia para las personas mayores, mejora y previene los efectos negativos en el envejecimiento, crea beneficios sociales, emocionales. Además de mejorar la movilidad, agilidad ejercita habilidades cognitivas, potencia el contacto social y la comunicación. Además, son de gran ayuda para el adulto mayor fortalezcan su memoria, percepción, rapidez, concentración. atención y de funcionamiento.

Técnicas de relación muscular progresiva: Consiste en que los adultos mayores aprendan paso a paso el funcionamiento de tensar los músculos, brazos, hombros, puños, piernas, dorso, espalda, músculos de cara y cuello.

4.2 Capítulo II: Ansiedad en el Adulto Mayor

4.2.1 Definición

La ansiedad se define como una tensión anticipatoria ante una amenaza provocada por un evento determinado, que provoca un sentimiento subjetivo por la presencia de tensión, inquietud, temor indefinido e inseguridad ante un peligro no definido que, se acompaña por manifestaciones fisiológicas, como temblor, sudoración, fatiga, aumento de frecuencia cardíaca y respiratoria (Tómas-Sábado, 2016).

En cuanto, al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades, caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo e irracional, sensación de destrucción inminente y alteraciones del comportamiento que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. Además, de las altas tasas de prevalencia, son diagnosticados y sub tratados. Entre estos desordenes se incluyen el trastorno por ansiedad de separación, el mutismo selectivo, el desorden de ansiedad social, el desorden de pánico y la agorafobia. El trastorno de ansiedad generalizada se define como una sensación no placentera, difusa, acompañada de molestias físicas como opresión retroesternal, taquicardia y sudoración.

Se diferencia del temor porque este se origina ante factores conocidos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según, Molina (2017) menciona que se llama ansiedad a la manifestación de emociones como la angustia y desesperación, estas tienen un origen inconsciente que pueden ser normales o de antecedente para diagnosticar alguna enfermedad esto dependerá de la reacción de cada individuo. Sin embargo, Rojas (2014) alude que el miedo es producido por algo, la ansiedad o angustia se da por nada. Es por ello que haciendo más simple los conceptos se puede decir que el miedo es temor con cuerpo, pero la ansiedad es un temor que carece de cuerpo exterior y es impreciso (Sánchez Bacilio, 2019).

Por otro lado, la ansiedad actúa como un mecanismo de defensa y a su vez está relacionada con el miedo, por tanto, ambas dan una respuesta anticipatoria y tensión, se diferencian en las causas, duración y mantenimiento. En términos el miedo se describe como una reacción emocional anticipatoria ante un peligro específico y amenaza. (Tómas-Sábado, 2016).

4.2.2 Ansiedad ante la Muerte en el Adulto Mayor

La ansiedad ante la muerte en el adulto mayor, se puede entender como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia. La ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o por estímulos situacionales que por asociación con los anteriores han condicionado estímulos internos del sujeto tales como pensamientos o imágenes relacionadas con la muerte propia o la de un ser querido (Limonero, 1997).

Blanco (2015) la ansiedad ante la muerte es definida, como una función vinculada con la discrepancia que experimentan las personas entre su sí mismo y sus ideales, y la incapacidad para anticipar la realidad de la muerte presente en la estructura de su vida actual. Asimismo, este tipo de ansiedad es entendida como el miedo a la aniquilación.

Erikson (1933, como se citó en Díaz, 2019) afirma que los adultos mayores están en la etapa de la integración del yo frente a la desesperación, es una estancia en la cual los adultos pierden un rol productivo en esta vida, debido a la evidencia de cambios físicos y psicológicos, puesto que la vida y la forma de vivir son totalmente alteradas por la pérdida de seres queridos, afrentándose a la etapa de duelo.

Por otro lado, algunos adultos mayores sufren de Tanatofobia, caracterizada por un miedo a la propia muerte o ansiedad por la muerte, pueden sentir extrema ansiedad y miedo cuando considera que la muerte es inevitable, experimentando miedo a la separación, miedo a enfrentar a la pérdida o preocupación por dejar a sus seres queridos, al sufrimiento, la incapacidad para cuidar de uno mismo, lo desconocido, también influya en la vida y en la actividades o abandono del hogar. La experiencia de la misma difiere de otras afecciones de salud mental incluyendo trastornos depresivos, TEPT, Ansiedad, Fobias específicas, Trastornos de pánico y Trastornos de ansiedad por enfermedad. (Cadman, 2021).

4.2.3 Dimensiones de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS)

Templer (1970) autor de la Escala Ansiedad ante la muerte (DAS) definió tres dimensiones para el instrumento y está compuesta por:

- Miedo a la Agonía o Enfermedad: Referida a la tensión emocional de estrés y sufrimiento que podría originar una inhabilitación y enfermedad.
- Miedo a que la vida llegue a su Fin: Esta referida a la preocupación (cognitivo) de llegar al deceso de la vida y muerte.
- Miedo a la Muerte: Ansiedad anticipatoria y reactiva ante las alteraciones físicas provocadas por la muerte. (citado en Sánchez, 2021, p. 25).

4.2.4 Teorías relacionadas a la Ansiedad ante la Muerte

4.2.4.1 Ansiedad según la teoría cognitivo conductual

De acuerdo con Beck (1976):

El sentimiento subjetivo de ansiedad es un aspecto de un mecanismo arcaico de supervivencia, que fue un elemento protector desde la antigüedad. En la actualidad, la ansiedad se produciría fundamentalmente como una reacción primitiva y desadaptativa a las amenazas psicosociales. Este mecanismo de supervivencia arcaico consta de la interacción de los sistemas cognitivo, conductual, fisiológico y afectivo. (citado en Graus, 2016, p. 20).

Desde la perspectiva cognitiva hace referente a las amenazas con respecto al poder personal, es decir a los acontecimientos sociales, en sentido a la libertad y la individualidad, de

modo que se manifiestan respuestas emergencia, psicológicas y biológicas, a una forma de afrontar una situación de amenaza real o percibida (Graus , 2016).

4.2.4.2 Ansiedad ante la muerte según en la teoría cognitivo conductual

Limonero (1997) respecto a la ansiedad o temor a la muerte nos afirma que es una sensación de emociones subjetivas que se manifiestan en señales de peligro o amenaza, éstas pueden ser reales o fantasiosas, que el individuo percibe como un daño a su propia integridad, haciéndose notorios en sucesos o estímulos ambientales. Por otro lado, los estímulos propios de cada individuo, como pensamientos, emociones o presencia de imágenes relacionadas con la muerte se pueden manifestar como una reacción o sensación de catástrofe inminente que en sí misma no constituye ninguna amenaza directa de muerte.

4.2.4.3 Ansiedad ante la muerte según la teoría del aprendizaje

Erickson (1933, como se citó en Vallejo, 2018) considera que las actitudes adquiridas en el ser humano presente frente a la muerte se dan según el proceso de madurez y las experiencias en las que se ve expuesto durante su vida, sin embargo, se considera que hay un cierto grado de influencia en cuanto a sus respuestas cognitivas, conductuales y ambientales que son adquiridos por el proceso de aprendizaje en donde se ha desarrollado. Las reacciones que tiene el individuo acerca del miedo y la ansiedad son aprendidas mediante el proceso de aprendizaje condicionado, la cual se manifiesta para afrontar y manejar conductas de huida o evitar situaciones que generan ansiedad.

4.2.5 Cuadros Clínicos relacionado con la Ansiedad ante Muerte

De acuerdo con Herdman y Kamitsuru (2017):

La ansiedad, como término general, es caracterizada, generalmente, como un estado emocional desagradable en el que la persona, ante la vivencia y experimentación de sentimientos de amenaza y la demanda de recursos exigida por los mismos, no es capaz de identificar la causa u origen del miedo, por lo que se percibe la ansiedad como provocada por el temor a algo desconocido. (p. 26).

Con respecto a los autores Herdman y Kamitsuru (2017) el Manual Diagnóstico de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) define la ansiedad como “vaga, intranquila sensación de incomodidad o temor generado por las percepciones de una amenaza real o imaginaria a la propia existencia”. Así mismo, se manifiestan características del diagnóstico ansiedad ante la muerte como:

- Preocupación por la tensión en el cuidador.
- Profunda tristeza.
- Temor de desarrollar enfermedades terminales.
- Miedo a la pérdida de habilidades mentales durante el proceso.
- Miedo al dolor relacionado con la muerte.
- Miedo a la muerte prematura.
- Miedo a un prolongado proceso de muerte.
- Miedo al sufrimiento relacionado con la muerte.
- Miedo al proceso de morir.
- Pensamientos negativos relacionados con la muerte y el morir.
- Impotencia.
- Preocupado por el impacto de la propia muerte en otras personas.

Factores relacionados con el diagnóstico de ansiedad ante la muerte encontramos los siguientes:

- Anticipación de efectos adversos de la anestesia.
- Anticipación del impacto de la muerte en otros.
- Anticipación del dolor.
- Anticipación del sufrimiento.
- Confrontar la realidad de la enfermedad terminal.
- Discusiones sobre el tema de muerte.
- Experimentar el proceso de morir.
- Experiencia cercana a la muerte.
- No aceptación de mortalidad.
- Observaciones relacionadas con la muerte.
- Percepción de la inminencia de la muerte.
- Incertidumbre sobre el encuentro con un poder más alto.
- Incertidumbre sobre la vida después de muerte.

- Incertidumbre sobre la existencia de un poder superior.
- Incertidumbre del pronóstico.

4.2.6 Tipos de ansiedad en el Adulto Mayor

En base a estudios se menciona que son tres tipos de ansiedad, la exógena, la endógena y la existencial. se refiere aquella que es producida por eventos o estímulos exteriores los cuales pueden aparecer de manera repentina y que genera una angustia emocional en grandes niveles. (Rojas, 2014).

- **La ansiedad endógena**, es aquel que surge a nivel biológico, es parte de la herencia y los cambios dentro del organismo, esto combinado con eventos externos desencadenantes, generan somatizaciones, es un equilibrio entre ambos.
- **La angustia existencia**, la cual menciona que no es patológica, es natural en todo ser humano y es la que genera inquietud en la vida.

4.2.7 Causas de la ansiedad en el Adulto Mayor

Según Rojas (2014) la ansiedad en la muerte, a menudo no tiene su propio origen, sino que se ajusta con acontecimientos y lo biológico desencadenan algunos síntomas. Entre las causas encontramos:

- **Traumas biográficos:** Refiere a sucesos significativos de la persona que esta relacionada con lo personal y cultural, así como los estilos de afrontamiento ante crisis, dolor emocional y cognitivo, llevándolo a descompensarse al no ser aceptados.
- **Factores predisponentes:** Se relacionan con la muerte y el proceso de morir, en situaciones como el deterioro físico, deterioro cognitivo, enfermedades, pérdida de facultades, duelo, soledad entre otras y esto puede provocar reacciones negativas como miedo, ansiedad y preocupación que afecta la calidad de vida.
- **Factores desencadenantes:** Relacionada con lo anterior, tras un suceso traumático significativo y combinado con factores predisponentes, generan grandes niveles de ansiedad, difícil de superar y que es constante afrontamiento.

Por otro lado, las patologías presentan síntomas físicos asociados, que son la causa principal de consulta. De los síntomas y trastornos afectivos del adulto mayor, la depresión y

la ansiedad se han analizado con más frecuencia en diversos estudios, anotando que ha sido causa de confusión el significado variable de sus términos (entre síntoma y síndrome), pues estos pueden variar en su significado según el área que valore su patología (Rojas, 2014).

4.2.8 Cambios de vida del adulto mayor y actitudes ante la muerte.

El envejecimiento, por sí mismo, se fija como un pronóstico de vida limitado ya que se asocia con el declive, la decadencia y la pérdida. Algunas actitudes ante la muerte están asociadas a la edad, aunque lo que prevalece es la percepción individual, y es ahí, a nivel individual, donde se debe actuar, proporcionando una atención individualizada, personalizada y de calidad entendiendo que la vejez no es una etapa de pérdida, sino de cambios. (Correa Flores, 2016).

- **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 o incapacidad física.** 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.** Pérdida de la pareja, amigos, familiares, sentirse distanciado de los seres queridos o algunas de las situaciones que provocan falta de compañía.

- **Padecimiento de otra enfermedad.** Sufrir otro tipo de enfermedad como 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.

4.2.9 Factores involucrados en la ansiedad ante la muerte

Según la teoría de Templer (1970) se menciona que existen dos factores que inciden en el temor ante la muerte:

1. Salud psicológica, el cual hace referencia a las reacciones emocionales que posee la persona como la ansiedad, la depresión, la neurosis, entre otras, debido a que, al existir una alteración emocional o trastornos en la salud mental, este es un fuerte predisponente para generar un problema de ansiedad ante la muerte asociado a estas.

2. Experiencias vitales, esto hace referencia a las situaciones previamente vividas por la persona, como puede ser el estilo parental de crianza o factores ambientales. (como se citó en Vallejo, 2018).

4.2.10 Evaluación de ansiedad ante la muerte

Dentro del proceso de evaluación de la ansiedad ante la muerte, tenemos algunos instrumentos. (Molina, 2017, p. 65-68).

Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI) de Tomás, J. y Gómez, J. 2005.

La escala está adaptada en español por Tomás y Gómez (2005) y proviene de la escala original Death Anxiety Scale (DAS) de Templer (1991). Es un cuestionario que consta de 20 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Dichas puntuaciones oscilan en la misma dirección, desde uno para el total desacuerdo, hasta cinco para el total acuerdo, de manera que el posible rango de puntuaciones totales oscila entre 20, que indicará el nivel mínimo de ansiedad ante la muerte, y 100, para el nivel máximo.

El DAI consta de 5 factores significativo:

- F1. Generadores externos de ansiedad ante la muerte.
- F2. Significado y aceptación de la muerte.
- F3. Pensamiento sobre la muerte.

- F4. Vida después de la muerte.
- F5. Brevedad de la vida.

Clasificación de los ítems por factores son:

- F1 (ítems 1, 3, 10, 15 y 19).
- F2 (ítems 7, 9, 12, 14 y 18).
- F3 (4, 13, 17 y 20).
- F4 (ítems 5, 11 y 16).
- F5 (ítems 2, 6 y 8).
-

Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACCS) de Moya, F. J., Barcia, D., Canteras, M. y Garcés, E. 2010.

La escala DACCS es un cuestionario que consta de 23 ítems con formato de respuesta dicotómica afirmativa y negativa. Para cada respuesta afirmativa se asigna el valor de dos y para cada respuesta negativa se asigna el valor de uno.

El DACCS consta de 5 factores que son:

- F1. Miedo a pensar en una operación.
- F2. Miedo a tener un ataque al corazón.
- F3. Miedo ante el cáncer.
- F4. Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I).
- F5. Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II).
- F6. Preocupación por el futuro.

Clasificación de los ítems por factor son:

- F1 (ítems 1 a 6).
- F2 (ítems 7 a 10).
- F3 (ítems 11 a 14).
- F4 (ítems 15 a 19).
- F5 (ítems 20 y 21).
- F6 (ítems 22 y 23).

Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester (EMMCL) de Tomás, J., Limonero, J. T. y Abdel-Khalek, A. 2007.

Esta escala es instrumentos multidimensionales que, tradicionalmente, se han utilizado con mayor frecuencia con la finalidad de evaluar las actitudes ante la muerte, sobre todo diferenciando entre la muerte en sí y el proceso de morir, referente a la muerte propia y a la muerte de los demás.

En este caso en concreto, se ha utilizado la adaptación española de The Collett-Lester Fear of Death Scale de Collet y Lester (1969). El EMMCL es una versión adaptada en español. Esta consta de 28 ítems, agrupados en 4 sub-escalas con siete ítems cada uno. Las respuestas son de tipo Likert, donde 1 significa “nada” y 5 significa “mucho”. Se obtiene un puntaje total y por cada subdimensión promediando las respuestas respectivamente y las puntuaciones promedio más altas indican mayor miedo a la muerte o al proceso de morir.

El EMMCL consta de 4 subescalas que proporcionan información multidimensional sobre:

- Subescala 1. Miedo a la muerte propia (MMP). Ítems 1 a 7.
- Subescala 2. Miedo al proceso propio de morir (MPP). Ítems 8 a 14.
- Subescala 3. Miedo a la muerte de otros (MMO). Ítems 15 a 21.
- Subescala 4. Miedo al proceso de morir de otros (MPO). Ítems 22 a 28.

4.2.11 Intervención en el manejo de la ansiedad ante la muerte.

Se propone integrar estrategias, técnicas o implementación de procesos de intervención preventivos, motivacionales, psicoterapéuticos que aseguren la salud mental y el bienestar del adulto mayor durante sus últimos años de vida buscando manejar y reducir la ansiedad ante la muerte. (Campos, 2015, p. 55-68).

Psicoeducación acerca de la Ansiedad ante la muerte. Mediante la psicoeducación se aportará temas acerca de ansiedad ante la muerte con el objetivo de informar, conocer y mejorar la perspectiva en el adulto mayor a nivel personal, familiar y social.

Reestructuración Cognitiva. Se abordará esta técnica que consiste en modificar los pensamientos distorsionados que presentan los pacientes acerca de la muerte, puesto que la forma en cómo piensan inciden directamente en su estado emocional y por ende en su conducta.

Para poder hacer frente a la ansiedad y controlar su incidencia es importante que aprendan a identificar y manejar ideas distorsionadas o pensamientos automáticos relacionados con la muerte.

Intención Paradójica. Esta técnica consiste es provocar cambios en las actitudes y reacciones de las personas ante situaciones de estrés o malestar.

Técnica de Distracción. Esta técnica consiste que el paciente deje de enfocar su atención en una situación que percibe como amenazante.

Técnicas de relación muscular progresiva. Consiste en que los adultos mayores aprendan paso a paso el funcionamiento de tensar los músculos, brazos, hombros, puños, piernas, dorso, espalda, músculos de cara y cuello.

5 Metodología

5.1 Diseño de investigación

La presente investigación tiene como enfoque cuantitativo, ya que se realizó recolección de información y datos cuantificables a través de: La Escala de Soledad Social Este II y la Escala de Ansiedad ante la Muerte DAS de Templer la cual permitirá ejecutar medidas estadísticas acerca de los niveles de Soledad y Ansiedad ante la muerte en los adultos mayores del estudio.

5.2 Tipo de investigación

Se realizó un estudio de tipo transversal, exploratorio, descriptivo-correlacional, dado que los datos serán recogidos en un tiempo único, no existen estudios referentes al tema en el contexto local y se requiere describir y especificar la relación entre las dos variables de estudio.

5.3 Área de estudio:

Estancias de cuidado del adulto mayor institucionalizados.

Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja, ubicado en el Barrio Jipiro brinda atención y cuidado integral al adulto mayor a partir de los 65 años, principalmente a personas que se encuentran en condición de abandono y vulnerabilidad,

Centro Residencial “San José” del cantón Catamayo, Ubicado en el Barrio San José. Su misión es prestar servicio integral, que incluye intervenciones, terapias, programas, técnicas y actividades que ayudan a contribuir al bienestar de los adultos mayores con o sin dependencia.

Estancias de cuidado del adulto mayor no institucionalizados.

Centro Diurno “San Vicente”, su es fomentar el envejecimiento activo, la promover la autonomía personal, el bienestar y la calidad de vida, a partir de los 65 años de edad.

Además, se contó con la participación de grupos independientes de adultos mayores residentes en la ciudad de Loja.

5.3.1 Población:

La población del estudio estuvo conformada por 62 adultos mayores, 22 personas institucionalizados y 40 personas no institucionalizados de 65 años en adelante, de ambos sexos, que residen en la ciudad de Loja, periodo 2022.

5.3.1.1 Muestra:

Se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, en los que se seleccionó a personas adultas mayores institucionalizados y no institucionalizados de acuerdo con determinados criterios.

5.3.1.2 Criterios de inclusión:

- Adultos mayores a partir de los 65 años o más, institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Loja.
- Adultos mayores que estén en la capacidad cognitiva y funcional de dar respuesta a la evaluación.
- Adultos que acepten formar parte del estudio y firmen el consentimiento informado.

5.3.1.3 Criterios de exclusión:

- Adultos mayores de 65 años o más que estén gravemente incapacitados y no puedan dar respuesta a la evaluación.
- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación.

5.4 Técnicas.

Para la recolección de información se empleó la entrevista sociodemográfica y el consentimiento informado. Asimismo, para la obtener los datos de la investigación propuesta se aplicaron los instrumentos psicológicos Escala de Soledad Social Este II y Escala de Ansiedad ante la Muerte DAS.

5.5 Instrumentos

5.5.1 Ficha técnica 1.

Nombre: Escala de Soledad Social Este II.

Autores: Rubio y Aleixandre.

Procedencia: Granada, España. 1999.

Administración: Individual o colectivo.

Tiempo: 10- 15 min.

Estructuración: Formada por 3 factores- 15 ítems.

Aplicación: Adultos.

La escala ESTE I fue diseñada para medir la soledad en personas mayores. Este instrumento ha sido planteado para evaluar principalmente los déficits existentes en el soporte social del sujeto (tanto familiar, conyugal como social), así como en el sentimiento que estas situaciones pueden provocar (crisis existencial).

La Escala de Soledad Social Este II es la continuidad de la Escala Este I, creada en 1999 por Rubio y Aleixandre (Rubio y Aleixandre, 1999; Rubio, 2000; Rubio y Aleixandre, 2001) a través de un proyecto de Investigación con IMSERSO, y recientemente revisada y actualizada (Rubio, Pinel y Rubio, 2010). La Escala Este I mide cuatro factores (Soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social).

Mientras que en la Escala de Soledad Este II, la aplicación del test es individual o colectiva, de tipo Likert. Conformada por tres factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social. Ítems 1, 5, 6, 8, 9, 10, 11 y 12.
- Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías. Ítems 15, 16 y 17.
- Factor 3: Índice de participación social. Ítems 4, 7, 13 y 14.

Interpretación.

La escala de soledad cuenta con tres tipos de respuestas en la escala Likert en el que se ubica siempre, a veces y nunca. Respecto a las puntuaciones comprendidas es 0, 1 y 2 siendo la puntuación total de la escala que oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

Puntos de corte para evaluar los niveles de Soledad Social de cada factor en función de la puntuación obtenida:

- **Bajo:** 0 a 10 puntos.
- **Medio:** 11 a 20 puntos.
- **Alto:** 21 a 30 puntos.

Propiedades psicométricas

Validez:

La escala se administró telefónicamente a una población de 780 mayores de más de 65 años de la provincia de Granada. Seguidamente se analizaron los datos y se comprobaron los

supuestos de normalidad y homocedasticidad, rechazándose la hipótesis de distribución normal y homogeneidad de varianzas. Tras obtener los resultados de las pruebas anteriores se realizó el análisis factorial.

Confiabilidad:

La escala utilizo el estadístico alfa de Cronbach como medida de la consistencia interna obteniéndose un coeficiente de 0.66 para los 17 ítems que presenta la escala. Tras el análisis de fiabilidad de todos los ítems de la escala, se establece que el ítem “Es usted quien llama o escribe a otra gente” tiene una correlación de -0,187. Al eliminar este ítem la fiabilidad de la escala aumentó a 0,69. Como el ítem “Suele esperar a que otras personas le llamen o escriban” muestra una correlación -0,096, por lo que también decidió eliminarse, con lo que la fiabilidad de la escala aumentó a 0,72. La versión final de la escala consta de 15 ítems con un Alfa de Cronbach de 0,72.

5.5.2 Ficha técnica 2

Nombre: Escala de Ansiedad ante la Muerte DAS de Templer (Graus, 2016).

Autores: Donald I. Templer.

Procedencia: Estados Unidos 1970.

Administración: Individual o colectivo

Tiempo: 10 a 15 min.

Estructuración: 3 dimensiones – 15 ítems.

Aplicación: Mayores de 18 años hasta los 85.

La Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS) fue creado por Templer en 1970, la aplicación del test es individual o colectiva. La adaptación al Español Mexicano lo realizó Rivera y Montero (2009), de tipo Likert. Esta Escala de Ansiedad Ante la Muerte adaptada viene conformada por tres factores:

- La primera escala, Miedo a la Agonía o Enfermedad: Preocupación por el estrés y el dolor que acompañan a la incapacitación, la enfermedad y la muerte. Cuyos ítems son: 4, 6, 7, 9 y 11.

- La segunda escala, miedo a que la vida llegue a su Fin, referida a la preocupación por el impacto psicológico (propriadamente cognitivo) del morir y de la muerte, cuyos ítems son: 2, 8, 10, 12, 13, 14 y 15
- La tercera escala, miedo a la Muerte referida a la ansiedad anticipatoria y reactiva ante las alteraciones físicas provocadas por la muerte, cuyos ítems son: 1, 3 y 5.

Interpretación.

La escala de ansiedad ante la muerte cuenta con cuatro tipos de respuestas en la escala Likert en el que se ubica nunca o casi nunca, algunas veces, la mayor parte del tiempo y todo el tiempo. Respecto a las puntuaciones comprendidas es 1, 2, 3, 4, siendo el puntaje mínimo 15, refiriendo a la mínima ansiedad y máxima ansiedad 60.

- En el factor I: Miedo a la agonía o enfermedad el puntaje mínimo (mínima ansiedad) es 5 y el máximo es 20 (máximo miedo).
- En el factor II: Miedo a que la vida llegue a su fin, el puntaje mínimo es 7 (mínimo miedo), y el máximo es 28 (máximo miedo).
- En el factor III: Miedo a la muerte, Donde el puntaje mínimo es 3 (ansiedad media o natural) y el máximo es 12 (máxima ansiedad).

Puntos de corte para evaluar los niveles de Ansiedad ante la Muerte de cada factor en función de la puntuación obtenida (Matienzo, 2021).

- **Bajo:** Menos de 22.
- **Medio:** entre 22 y 26.
- **Moderado:** entre 27 y 32.
- **Alto:** Más de 32.

Propiedades psicométricas.

Validez:

La Escala de Ansiedad ante la muerte, fue aplicado a estudiantes universitarios hallándose en la validez de constructo, referente a la correlación de cada ítem con el puntaje total del test y los diversos subtest con el puntaje total de la prueba, demostrando que existe correlación. En base a ello, los valores obtenidos oscilan entre .207 y .574, lo que denota que los ítems miden lo que se pretendió medir en la teoría propuesta, denotando validez.

Confiabilidad:

la Escala de Ansiedad Ante la Muerte (DAS) se procedió a calcular mediante el método de consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach en la muestra de 503 sujetos (157 hombres y 346 mujeres), obteniendo en la muestra total un coeficiente de confiabilidad de Cronbach de .804, siendo los valores del referido coeficiente muy satisfactorios garantizando así la confiabilidad de la Escala. Asimismo, se observa a nivel factorial que los coeficientes Alfa de Cronbach oscilan entre .66 y .695, corroborando la confiabilidad por factor. (Graus, 2016)

5.6 Consideraciones Éticas

Se presentó un permiso de manera formal a través de un documento de Consentimiento Informado, el mismo que permitió explicar a los participantes el propósito de la investigación, beneficios, riesgos y la confidencialidad de la identidad de los participantes. Cada adulto mayor se declaró libre y voluntariamente a la participación del estudio, firmando el documento.

5.7 Procedimientos de objetivos

Con la finalidad de dar el cumplimiento a los objetivos planteados de la investigación se cumplieron las siguientes etapas de desarrollo:

Fase 1: Contacto con los centros geriátricos

Se seleccionó la muestra de la población de adultos mayores institucionalizados, para lo cual, se procedió a solicitar el permiso respectivo a la Hna. Lucrecia Paladines, directora del Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez” y a la alcaldía del cantón Catamayo del Centro Residencial “San José”; respecto a la población no institucionalizada, se solicitó la autorización en el centro diurno “San Vicente” y también se seleccionó agrupaciones independientes de adultos mayores, quienes otorgaron el respectivo consentimiento informado con la aceptación para formar parte del estudio.

Fase 2: Aplicación de los instrumentos psicológicos

Previa a la autorización de las autoridades de los centros residenciales del adulto mayor, se procedió a socializar el proyecto y los objetivos del estudio en la población de muestra, posterior a ello se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos psicológicos propuestos, consentimiento informado, ficha Sociodemográfica, Escala de Soledad Social Este II de Rubio y la Escala de Ansiedad ante la Muerte DAS de Templer. La población estuvo conformada por 62 adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Fase 4: Análisis de los resultados

Se realizó la recolección de los resultados, la clasificación, organización, la tabulación, codificación y obtención de información proporcionada por los instrumentos psicológicos, finalizando con el análisis, descripción e interpretación basadas en las variables del estudio y determinar la relación existente entre ellas.

En esta fase para el procedimiento estadístico se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2016 y el software de estadística IBM SPSS Statistics 25, el mismo que permitió las interpretaciones cuantitativas a través de tablas, frecuencia y porcentaje, se llevó a cabo el análisis, la descripción, la interpretación y el análisis de los resultados obtenidos para llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes. Además, en base a los resultados obtenidos se elaboró un plan psicológico orientado en el manejo de soledad y ansiedad ante la muerte en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Fase 5: En base a los resultados obtenidos se elaboro un Programa de intervención psicoterapéutico para minimizar los niveles de soledad y ansiedad ante la muerte en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado, de acuerdo a las necesidades se trabajará con técnicas específicas y adecuadas en el manejo psicoterapéutico.

6 Resultados

6.1 Objetivo General

Soledad y Ansiedad ante la Muerte en los Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados.

Tabla 1

Soledad y Ansiedad ante la Muerte en Adultos Mayores Institucionalizados.

Tabla cruzada Niveles Soledad*Niveles Ansiedad ante la Muerte

		Niveles Ansiedad ante la Muerte		Total	
		Medio	Bajo		
Niveles Soledad	Alto	Recuento	2	15	17
		% del total	9,1%	68,2%	77,3%
	Medio	Recuento	0	5	5
		% del total	0,0%	22,7%	22,7%
Total		Recuento	2	20	22
		% del total	9,1%	90,9%	100,0%

Nota: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales- SPSS.

Análisis e interpretación

De los 22 participantes del total, el 68,2% presentó un nivel de soledad alto y nivel bajo de ansiedad ante la muerte; el 22,7% presentó un nivel de soledad medio y un nivel bajo de ansiedad ante la muerte y finalmente, el 9,1% presentó un nivel alto de soledad y un nivel medio de ansiedad ante la muerte.

Tabla 2

Soledad y Ansiedad ante la Muerte en Adultos Mayores No Institucionalizados.

Tabla cruzada Niveles Soledad*Niveles Ansiedad ante la muerte						
		Niveles Ansiedad ante la muerte			Total	
		Moderado	Medio	Bajo		
Niveles Soledad	Alto	Recuento	1	7	26	34
		% del total	2,5%	17,5%	65,0%	85,0%
	Medio	Recuento	0	0	6	6
		% del total	0,0%	0,0%	15,0%	15,0%
Total	Recuento	1	7	32	40	
	% del total	2,5%	17,5%	80,0%	100,0%	

Nota: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales- SPSS.

Análisis e interpretación

De los 40 participantes del total, 65,0% presentó un nivel alto de soledad y nivel bajo de ansiedad ante la muerte; el 17,5% presentó un nivel alto de soledad y un nivel medio de ansiedad ante la muerte; el 15,0% presentó un nivel medio de soledad y un nivel bajo de ansiedad ante la muerte y finalmente, el 2,5% presentó un nivel alto de soledad y un nivel moderado de ansiedad ante la muerte.

6.2 Objetivos Específico 1

Niveles de Soledad según la Escala de Soledad Social Este II en los Adultos Mayores Institucionalizados y No Institucionalizados.

Tabla 3

Niveles de Soledad en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados

Adultos Mayores Institucionalizados	Frecuencia	Porcentaje	Adultos Mayores no Institucionalizados	Frecuencia	Porcentaje
Alto	17	77,3	Alto	34	85,0
Medio	5	22,7	Medio	6	15,0
Total	22	100,0	Total	40	100,0

Nota: Escala de Soledad Social Este II en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Análisis e interpretación

La tabla 3 se puede evidenciar que el total de los 22 participantes adultos mayores institucionalizados, el 77,3% presentó un nivel alto de soledad, seguido del 22,7% presentó un nivel medio. Por otro lado, se evidencia el total de los 40 participantes adultos mayores no institucionalizados, el 85,0% presentó un nivel alto de soledad, seguido del 15,0% que presentó un nivel medio.

6.3 Objetivos Específico 2

Niveles de Ansiedad ante la Muerte según la Escala de Ansiedad ante la Muerte - DAS en los Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados.

Tabla 4

Niveles de Ansiedad ante la Muerte en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados.

Adultos Mayores Institucionalizados	Frecuencia	Porcentaje	Adultos Mayores no Institucionalizados	Frecuencia	Porcentaje
Medio	2	9,1	Moderado	1	2,5
Bajo	20	90,9	Medio	7	17,5
			Bajo	32	80,0
Total	22	100,0	Total	40	100,0

Nota: Escala de Ansiedad ante la Muerte DAS en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Análisis e interpretación

La tabla 4 se puede evidenciar que el total de los 22 participantes adultos mayores institucionalizados, el 90,9% presentó un nivel bajo de ansiedad ante la muerte, seguido del 9,1% presentó un nivel medio. Por otro lado, se evidencia que el total de los 40 participantes

adultos mayores no institucionalizados, el 80,0% presentó un nivel bajo de ansiedad ante la muerte, seguido del 17,5% presentó un nivel medio y finalmente el 2,5%, presentó un nivel moderado.

6.4 Objetivo específico 3

Diseñar un Plan Psicológico orientado al manejo de Soledad y Ansiedad ante la Muerte en los Adultos Mayores.

“Programa de intervención psicoterapéutico para minimizar los niveles de soledad y ansiedad ante la muerte en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado”.

6.4.1 Presentación

El presente programa de intervención se ha diseñado a partir de la necesidad de abordar la problemática de la soledad y ansiedad ante la muerte que puede experimentar la población adulta mayor, empleando estrategias que contribuyan al cambio conductual y a la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social que lo rodea. Considerando que, el envejecimiento es un cambio progresivo que se acompaña a menudo de deterioro físico, declive cognitivo, alteraciones sensoriales, creencias irracionales sobre el propio proceso de envejecimiento, conductas desadaptativas, aislamiento social, sentimientos de desamparo, pérdidas, miedo y ansiedad. El programa de intervención tiene un enfoque Cognitivo Conductual focalizado en técnicas estructuradas, orientadas a la acción, y a la psicoeducación.

El abordaje psicoterapéutico empleará técnicas específicas, estructuradas en sesiones que serán de ayuda al adulto mayor para aprender, desarrollar y reforzar sus habilidades para identificar, evaluar críticamente y modificar las cogniciones inapropiadas, , y adquiera de manera objetiva y realista una visión diferente de los acontecimientos temidos, y con ello a sentir y actuar de manera más adaptativa de tal modo que le permita darle un mejor sentido a su vida, mejorando su bienestar y calidad de vida.

6.4.2 Justificación

El presente programa de intervención psicoterapéutico está diseñado a partir de los resultados y las necesidades encontradas durante la presente investigación en el grupo de estudio, quienes presentaron niveles altos de soledad entre los grupos institucionalizados y no

institucionalizados, en contraparte, los niveles de ansiedad ante la muerte, a pesar de ser bajos, están presentes en algunos de los participantes, por lo tanto, amerita su abordaje.

El programa de intervención psicoterapéutico tiene un abordaje individual y grupal, su objetivo es minimizar el impacto psicológico percibido por el sentimiento de soledad y ansiedad ante la muerte en el adulto mayor, y favorecer el aprendizaje de estrategias de cambio cognitivo, estrategias de afrontamiento, habilidades de comunicación, relaciones interpersonales, entre otras, que contribuyan a paliar los sentimientos de soledad, miedo a la muerte y proceso de duelo. La intervención tendrá un alcance tanto en la población adulta mayor institucionalizada como no institucionalizada, cuidadores y familia.

6.4.3 *Objetivo general*

Brindar al adulto mayor estrategias que le permitan afrontar los sentimientos de soledad y ansiedad ante la muerte que pueda generar el propio proceso de envejecimiento.

6.4.3.1 *Objetivos específicos*

- Psicoeducar sobre el proceso de envejecimiento, sus implicaciones, crisis normativas, duelo, formas de afrontamiento y estrategias para un envejecimiento activo.
- Analizar y modificar las distorsiones cognitivas que los pacientes presentan acerca de la soledad y el final de la vida.
- Sensibilizar y fortalecer los vínculos afectivos en el entorno familiar y social del adulto mayor institucionalizado como no institucionalizado
- Fortalecer la atención de las redes de apoyo institucional, al ser fundamentales para el bienestar físico y mental del adulto mayor.

6.4.4 *Fases del Programa de Intervención Psicoterapéutico*

Para la ejecución del programa al manejo de soledad y ansiedad ante la muerte en el adulto mayor, consiste de 4 fases que son:

1. Encuadre.
2. Diagnósticos.
3. Planificación de sesiones.
4. Intervención.
5. Seguimiento.

Fase 1: Encuadre. A plantear el encuadre en las primeras sesiones se trabaja la empatía y se establece el rapport con el adulto mayor generando un ambiente propicio para estimular el proceso terapéutico. Permite establecer un marco de confidencialidad, comodidad, solidaridad y libertad. El terapeuta muestra interés en su paciente, la escucha activa, empática en la conversación de diversos temas de manera espontánea hará que el adulto mayor sea capaz de sentirse comprendido, escuchado y motivado para alcanzar y entablar un trabajo colaborativo a lo largo de la intervención. En esta fase se detallará que tipo terapia a trabajar, duración, números de sesiones, los beneficios que se pretende alcanzar y compromisos, además de ejecutar los objetivos del programa de intervención psicoterapéutico.

Fase 2: Diagnóstico. En esta fase se tomará en cuenta la población de este grupo etario que exhibió niveles de soledad y ansiedad ante la muerte en base a la aplicación de los instrumentos psicológicos, los mismos que permitieron evaluar y detallar las diferentes situaciones que atraviesa el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado, de esta manera se procedió a la elaboración y planificación del programa de intervención psicoterapéutico.

Fase 3: Planificación de Sesiones. Durante el tratamiento se ejecutarán técnicas necesarias para cumplir con los objetivos propuestos y alcanzar las demandas expuestas por los adultos mayores, familiares, cuidadores y demás personas que están frente a la atención y cuidado al adulto mayor, el programa de anteversión psicoterapéutico se ha estructurado en 14 sesiones establecidas de la siguiente forma: 9 sesiones individuales, en las que se aplicará entrevistas, psicoeducación, técnicas de detención de pensamiento, reestructuración cognitiva, intención paradójica, técnicas de respiración, técnicas de relajación progresiva; 2 sesiones en intervención familiar, centradas en la psicoeducación, relaciones familiares positivas, atención del cuidador y finalmente 1 sesión centrada al cuidado, 2 sesiones grupales, que consisten en actividades como: feedback” y psicoeducación, que se desarrollaran una vez por semana y en casos especiales se trabajará dos veces por semana de manera presencial con una duración de 35 a 50 minutos aproximadamente. Asimismo, se llevará a cabo en grupos homogéneos, en los que los participantes estén en la capacidad funcional y cognitiva de participar de las actividades planteadas que se emplearán.

Fase 4: Intervención. Conforme se ha diseñado la planificación de sesiones, se llevará a cabo el Programa de intervención psicoterapéutico para minimizar los niveles de soledad y ansiedad ante la muerte en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado”.

INTERVENSIÓN INDIVIDUAL

SESIÓN N° 1 - SOLEDAD	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista. • Rapport. • Proponer al paciente información acerca de los cambios psicofisiológicos y las crisis circunstanciales que conlleva el proceso de envejecimiento y propicia sentimientos de soledad y demás alteraciones emocionales.
Técnica:	Psicoeducación
Procesamiento:	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Compromisos de confidencialidad. • Acuerdo de normas y reglas. • Explicación de los objetivos del programa de intervención psicoterapéutico. <p>El tema a abordar es la soledad en el adulto mayor, con el fin de concientizar sobre las consecuencias y sus implicaciones en su vida cotidiana.</p> <p>Para llevarse a cabo los contenidos se centran en:</p> <p style="text-align: center;"><i>¿Qué es la soledad en adulto mayor?</i></p> <p style="text-align: center;"><i>¿Cuáles son sus consecuencias?</i></p> <p style="text-align: center;"><i>¿Factores de riesgos relacionados con la soledad?</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Cambios que pueden afectar en la calidad de vida en el adulto mayor.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Importancia de estrategias para fomentar actitudes positivas hacia los cambios asociados al envejecimiento activo y, motivar la socialización y participación para ampliar redes de apoyo. • Llevar a cabo los aprendido en la terapia grupal.
Duración:	25- 30 minutos.
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Infocus. • Computadora.

	<ul style="list-style-type: none"> • Parlante. • Material didáctico. • Sillas.
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adultos mayores.

SESIÓN N° 2	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar actitudes positivas hacia el envejecimiento y sus capacidades. • Fortalecer la autoestima a través desarrollo del autoconocimiento, autoconcepto y autoeficacia. • Psicoeducación.
Actividad	“La edad y nuestro cuerpo”
Procesamiento:	<p>En esta actividad se analizarán aspectos relacionados con creencias acerca de lo que es envejecer, los aspectos y vivencias más importantes de esta etapa de vida, así como el reconocimiento y aceptación de las limitaciones propias de la edad, pero también de las potencialidades que aún se preservan. Se abordará el tema de la autoestima y sus pilares fundamentales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se interrogará sobre los siguientes aspectos: ¿Cómo nos hemos cuidado a lo largo de la vida? • ¿Cuáles han sido los cambios más importantes a nivel físico y cognitivo? • ¿Cómo cambiará el cuerpo con la edad? • ¿Cómo me considero a mí misma/o? • ¿Cómo conservar la salud? (hábitos para sentirse bien). • Autoestima: Conceptos básicos, pilares de la autoestima: autoconocimiento, autoconcepto y autoeficacia. • Técnica del espejo • Autoreforzamiento.

	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre: se presentará un video motivacional para el adulto mayor. (Instituto Alpa, 2018) https://www.youtube.com/watch?v=QdA2AXj-Bns
Duración:	30 minutos.
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Infocus. • Computadora. • Parlante. • Hojas papel bond. • Lápiz • Sillas.
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adultos mayores.

SESION N° 3	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Detención de pensamientos negativos de modo que sean remplazados a pensamientos positivos.
Técnica:	Técnica de Detención de Pensamiento DP (Beck et al., 2010).
Procesamiento:	<p>Es una técnica simple y efectiva a la hora de parar pensamientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se dará una explicación acerca de cómo surgen las creencias, pensamientos irracionales y la conducta considerando que el adulto mayor está afectado por sucesos del pasado y que regularmente vienen estos a su mente de manera intrusiva llevándolo a una sensación de tristeza, melancolía que pudiera progresar a una alteración emocional más acentuada. • Para ello, se le pide al paciente que los escriba en una hoja aquellos pensamientos que le causen molestia o los que no pueda dejar pensar, por ejemplo: “soy un estorbo”. • Se enseñará el modelo A-B-C de la conducta

	<ul style="list-style-type: none"> • Se le indica cuáles son los pensamientos distorsionados más comunes y se analiza cuál de ellos se manifiesta con mayor frecuencia en el paciente. • Se induce un estado de relajación y se comienza a pensar sobre uno de los temas problema. • En el momento en que el paciente da la indicación de estar inmerso en la secuencia mental, el terapeuta gritará “STOP”, pudiéndose acompañar de alguna acción breve y contundente que aporte fuerza, por ejemplo: “un golpe en la mesa”. • Finalmente, el cambio inmediato hacia una secuencia de pensamiento agradable • Tarea para casa: <i>registro de pensamientos automáticos, sentimientos y conductas.</i>
Duración:	40- 50 minutos.
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de papel bond. • Lápiz. • Borrador • Mesa • Silla.
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adultos mayores.

SESIÓN N° 4 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista. • Rapport. • Brindar al paciente información acerca de la ansiedad ante la muerte.
Actividad:	Psicoeducación

Procesamiento:	<p>En esta sesión se establecerá temas psicoeducativos acerca de la ansiedad ante la muerte en el adulto mayor, con el fin de concientizar sobre las consecuencias y sus implicaciones en su vida cotidiana.</p> <p>Para llevarse a cabo los contenidos se centran en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirigir la atención al paciente hacia actividades placenteras o de su interés. • Demostrar al paciente una concepción distinta acerca de la muerte y de vejez. <ul style="list-style-type: none"> <i>¿Qué es la ansiedad ante la muerte en el adulto mayor?</i> <i>¿Tipos de ansiedad?</i> <i>¿Causas de la ansiedad ante la muerte en el adulto mayor?</i> <i>Cambios de vida del adulto mayor y actitudes ante la muerte.</i> • Importancia de estrategias para fomentar actitudes positivas hacia los cambios asociados en la vejez.
Duración:	30 minutos
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Infocus. • Computadora. • Parlante. • Hojas papel bond. • Lápiz. • Crípticos. • Sillas. • Mesas.
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adulto mayor.

SESION N°5	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y modificar las distorsiones cognitivas que los pacientes perciben acerca de la muerte.
Técnica	Reestructuración Cognitiva RC (Beck et al., 2010).
Procesamiento:	<p>Esta técnica es utilizada para identificar y corregir patrones de pensamientos negativos que son productos de situaciones que provocan ansiedad o cualquier tipo que altere emocionalmente (Beck et al., 2010).</p> <p>Se dará una explicación en que consiste la técnica.</p> <p>Luego en una hoja deberá escribir opiniones sobre los que piensa acerca de la muerte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para hacer frente al tema se plantea las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Qué piensa sobre la muerte?</i> 2. <i>¿Qué podría hacer frente a la situación de envejecer?</i> 3. <i>¿Te ayuda este pensamiento a solucionar problemas?</i> 4. <i>¿Hay alguna razón para que su familia no venga a visitarle?</i> 5. <i>¿Será realmente que a nadie le importa?</i> • Identificar los pensamientos automáticos relacionados acerca de la muerte. • Al ser expuestos tomar nota de cada uno de ellos. • Interpretar y buscar alternativas adaptativas o para ayudar a neutralizarlas. • Tarea para casa: <i>registro de pensamientos automáticos, sentimientos y conductas.</i>
Duración:	40- 50 minutos.
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de papel bond. • Lápiz. • Borrador • Mesa. • Silla.

Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adultos mayores.
--------------------------	--

SESIÓN N° 6

Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar, analizar y modificar las distorsiones cognitivas que los pacientes presentan acerca de la muerte. • Disminuir miedo existente a la hora de preocuparse acerca de la muerte.
------------------	---

Técnica	Intención Paradójica IP (Ruiz et al., 2012).
----------------	---

Procesamiento:	<p>El objetivo general de la intención paradójica es provocar cambios en las actitudes y reacciones de las personas ante situaciones de estrés o malestar, tratando de desmontar el círculo vicioso (que suele haberse generado) pautando precisamente lo más temido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se le indica al paciente que tiene un tiempo de 20 minutos para preocuparse sobre todo lo que les inquiete en ese instante, relacionado con los cambios de la vejez, la soledad, la muerte o sobre el abandono familiar entre otros. • Al cumplirse el tiempo establecido, se le pedirá que piense en sus preocupaciones. • Luego se dará otra actividad, para detener las ideas preocupantes, se le pedirá al paciente a que compartan sus experiencias. • Tarea: <i>Realizar una lista de pensamientos, preocupaciones o emociones negativas.</i>
-----------------------	---

Situación en la que surge la emoción negativa	¿Qué pensamiento negativo está pasando por mi cabeza?	¿Qué emoción negativa estoy experimentando?
--	--	--

	Estoy en casa solo, tumbado en el sofá	Soy un inútil, no valgo para nada.	Tristeza, desesperación.
Duración:	40 minutos.		
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de papel bond. • Lápiz. • Borrador • Mesa. • Silla. 		
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adulto mayor. 		

SESIÓN N° 7	
Objetivo:	Describir la mejor versión se sí mismo.
Actividad:	“Recuerdos positivos”
Procesamiento:	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de la reunión grupal, cada participante compartirá una memoria positiva, para ello se sugiere la noche anterior, antes de dormir, traiga a su memoria algún recuerdo positivo de su vida. • Esta sencilla tarea ayuda a los participantes con constantes pensamientos y emociones negativas a abrir su abanico de emociones y a centrarse más en pensamientos positivos, que después puedan extrapolar a cualquier ámbito de su vida. • Se plantearán preguntas sobre experiencias que lo hizo feliz. ¿He compartido momentos felices con mi familia? ¿Cuál fue el momento más feliz de su vida? ¿Qué aprendo de mi nueva etapa de vida? • “Tu mejor versión “. Aquí se propone a las personas que escriban un relato sobre una época en la que mostraran sus

	<p>mejores cualidades, y que lea este texto todos los días para reflexionando sobre las fortalezas personales que se ponen de manifiesto en su esta historia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luego se les pedirá que nos computan sus experiencias (Herváz,2008).
Duración:	40 minutos.
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de papel bond. • Lápiz. • Computadora. • Mesa. • Silla.
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adultos mayores

SESIÓN N° 8	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Emplear ejercicios de respiración con el objetivo de reducir preocupaciones, ansiedad, tenciones o síntomas.
Técnica:	Técnica de respiración
Procesamiento:	<p>Procedimiento:</p> <p>Se le indica al paciente estar en una posición del cuerpo (libre), si está empezando, la posición más cómoda es tumbado boca arriba con los pies separados, las rodillas flexionadas y apoyadas la una contra la otra.</p> <p><u>Movimiento:</u> colocar las manos bien abiertas sobre la barriga con los pulgares descansando sobre las costillas inferiores. La punta de tus dedos corazón debe estar cerca del ombligo. Aumentar ligeramente la respiración y toma el tiempo para (escuchar tu barriga con tus manos, como si en el mundo solo existieran las sensaciones y los movimientos de tus manos sobre tus costillas). Centrar toda la atención en el contacto entre las manos, barriga y respiración.</p>

	<p><u>Inspirar:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dejar la barriga llene de aire. 2. No presionar para que se hinche, estará imponiendo una compresión perjudicial para los intestinos. Es importante que te centrarse en dejar que tu faja abdominal se relaje que presionarte para hacerlo bien. <p><u>Espirar:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dejar que el aire salga sin retenerlos y apretar. 2. Dejar que la barriga se deshinche ligeramente, ejercer un poco de presión en las manos, pero no forzar nada. No se lo ordenes, solo guía. Indícale a tu diafragma cómo debe dejar de contraerse, como la harías con un amigo, con mucha delicadeza. Por cierto, “al diafragma le encanta que sonrías... El movimiento de tus labios le relaja. Así pues, piensa en algo que te haga sonreír, al menos mientras espiras” (Defossez,2018).
Duración:	35 minutos.
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas. • Colchonetas. • Computadora. • Parlantes. • Música para trabajar en relajación.
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adulto mayor.

SESIÓN N° 9

Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de relajación completo, en una versión acortada y útil, que ayudan a disminuir síntomas de ansiedad, tensión, miedo en el adulto mayor.
Técnica:	Técnica de Relajación Progresiva.
Procesamiento:	<p>Procedimiento:</p> <p>Se les pedirá a los pacientes ubicarse en círculo y sentarse. Se le procedió a enseñar como se debe tensar los músculos para poder así llegar a sentir la sensación al experimentar cuando se sienten tensos. Para que una persona esté dispuesta a relajarse siguiendo las instrucciones de otra persona requiere de algo de confianza.</p> <p>Se le pide al paciente que practique primero contrayendo, luego relajando diferentes grupos de músculos hasta que toda la musculatura esté relajada, mientras se concentra en los sentimientos de relajación en los músculos</p> <p><u>Pasos básicos:</u> se debe concentrar en la tensión como algo desagradable (5-7 segundos) y la relajación como algo agradable (15- 20 segundos).</p> <p>Secuencia de los ejercicios de relajación: brazos, hombros, pecho, cuello, estomago, boca, pierna, cara, frente, ojos, nariz y músculos debajo de la cintura.</p> <p>El propósito de la relajación muscular progresiva es enfocarse en las sensaciones corporales y en cómo se siente la relajación al tensar sistemáticamente y luego relajar diferentes grupos musculares en su cuerpo, los siguientes son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Encontrar un espacio tranquilo donde no te molesten. Se puede hacer este ejercicio acostado boca arriba o sentado en una silla, siempre que se sienta cómodo. 2. Cierra los ojos. Ahora aprieta el puño derecho tan fuerte como puedas. Tenga en cuenta la tensión mientras lo hace. Mantén el puño cerrado por un momento. Ahora relájate. Siente la flojedad en tu mano derecha y compárala con la tensión que sentiste

	<p>anteriormente. Tense su puño derecho nuevamente, luego relájelo; Observe la diferencia entre tensión y relajación.</p> <ol style="list-style-type: none">3. Ahora aprieta el puño izquierdo tan fuerte como puedas. Tenga en cuenta la tensión mientras lo hace. Mantén el puño cerrado por un momento. Ahora relájate. Siente la flojedad en tu mano izquierda y compárala con la tensión que sentiste anteriormente. Tensa tu puño izquierdo nuevamente, relájate y nuevamente nota la diferencia.4. Dobla los codos y tensa el bíceps tan fuerte como puedas. Note la sensación de opresión. Relájate y estira los brazos. Deje que la relajación fluya a través de sus brazos y compárela con la tensión que sintió antes. Tensa y relaja tus bíceps nuevamente.5. Arrugue la frente tan fuerte como pueda. Ahora relájate y deja que se suavice. Siente que tu frente y cuero cabelludo se relajan. Ahora frunza el ceño y note que la tensión se extiende nuevamente por su frente. Relájate y deja que tu frente se vuelva suave.6. Cierra los ojos y ciérralos muy fuerte. Siente la tensión. Ahora relaja tus ojos. Tensa y relaja tus ojos nuevamente. Ahora déjelos permanecer suavemente cerrados.7. Ahora aprieta la mandíbula, muerde fuerte y siente la tensión. Ahora relaja tu mandíbula. Tus labios estarán ligeramente separados. Note la diferencia Aprieta y relaja tu mandíbula nuevamente.8. Presiona tu lengua contra el paladar. Ahora relájate. Haz esto de nuevo. Presta atención a la diferencia entre tensión y relajación.9. Presiona y frunce tus labios juntos. Ahora relájalos. Repite esto.
--	--

	10. Siente la relajación en la frente, el cuero cabelludo, los ojos, la mandíbula, la lengua y los labios (Defossez, 2018)
Duración:	40 minutos.
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas. • Colchonetas. • Computadora. • Música para trabajar en relajación.
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adulto mayor.

INTERVENCIÓN FAMILIAR

SESIÓN N° 1	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Composición de la familia. • Funcionalidad y relación familiar.
Actividad:	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport. • Entrevista.
Procesamiento:	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Compromisos de confidencialidad. • Acuerdo de normas y reglas. • Explicación de los objetivos que llevara el programa de intervención psicoterapéutico. • Analizar y conocer la estructura, dinámica y funcionalidad familiar del adulto mayor. • Identificar el tipo de relación y formas de comunicación entre el adulto mayor y su entorno familiar.
Duración:	40 minutos.
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de papel bond,

	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz. • Computadora. • Parlante.
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adulto mayor. • Familia.

SESIÓN N° 2	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • La importancia de la etapa del envejecimiento y los cambios físicos, emocionales.
Actividad:	Psicoeducación
Procesamiento:	<p>Temas a tratar:</p> <p style="text-align: center;">Psicoeducar a la familia, la importancia de la etapa del envejecimiento y los cambios físicos, emocionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de las relaciones afectivas entre adulto mayor y familiares. • Concientizar sobre los factores asociados a las experiencias vitales significativas para el adulto mayor como: la jubilación, viudez, pérdidas, aislamiento social. • La importancia del apoyo familiar durante el proceso de envejecimiento <p>Fortalecer las habilidades de comunicación dentro del entorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar que los miembros de la familia reconozcan y expresen con asertividad sus necesidades, intereses, emociones, y a su vez permitan la expresión de los demás. Se les pedirá que organicen actividades que incluyan al adulto mayor y que permitan su participación activa, que sea de su interés y de la familia y les genere bienestar. Acompañamiento afectivo para la mejorar la calidad del adulto mayor.

	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre: Video motivacional. La importancia de la familia y el adulto mayor. (Geriatría con sentido, 2017) https://www.youtube.com/watch?v=oq39nL3_R4w • Tarea: Sorpresa en la familia. Se pide a los miembros de la familia que preparen alguna sorpresa para el adulto mayor. La sorpresa tiene que consistir en algo que sepan que les gusta mucho. Esta tarea es otra forma de promover actividades agradables e intercambios positivos dentro del entorno (Shazer,1985).
Duración:	40 minutos
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora. • Infocus. • Sillas.
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adulto mayor. • Familia.

INTERVENCIÓN CON EL CUIDADOR

SESIÓN N° 1	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación del personal de cuidado al adulto mayor. • Estrategias para mantener o recuperar la salud mental en el adulto mayor.
Actividad:	Psicoeducación
Procesamiento:	<p>El cuidador debe ayudar y apoyar al adulto mayor a enfrentar el envejecimiento, entendiéndolo como un proceso natural y adaptativo, cambios físicos, psicológico, social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias.</p> <p>Es necesario cumplir un perfil como cuidador:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Dedicación y vocación para contribuir el bienestar del adulto mayor. • Habilidades sociales: Saber escuchar, empatía y relación de ayuda. • Iniciativa y autonomía de orientar el plan de acompañamiento diario al adulto mayor. • Capacidad de aprendizaje de la persona mayor. • Capacidad para liderar iniciativas que innoven el día a día de los mayores. • Comunicación interpersonal con el adulto mayor. <p>Buena comunicación para mantener una buena comunicación entre cuidador y la persona adulta mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llamar a la persona adulta mayor por su nombre. • Evitar culparlos o criticarlo. • No gritarle para hacerle entender. • Asegurarse de que el adulto mayor comprenda los que usted dice. • Hacer contacto visual cuando se le habla. • Mantener una postura relajada y abierta. • Su actitud facial y corporal deben ser acordes a la situación. • Demostrarle en todo momento buena disposición para atenderle. <p>Saber observar las emociones del adulto mayor y como apoyarlo: El adulto mayor llega a experimentar una serie de sentimientos y emociones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estados emocionales comunes (ira, tristeza, miedo, alegría). • Situaciones que la determinan: Cuando se encuentra inconforme y con desagrado, situaciones en la que han perdido algo valioso, situaciones amenazantes al no ser capaz de enfrentar.
--	---

- Que los cambios que se presentan con la edad se deben a una respuesta a las nuevas situaciones que le toca vivir como son: disminución de responsabilidades, mayor disponibilidad de tiempo y disminución de actividades funcionales.
- Varias pérdidas afectivas como: la del cónyuge, de amistades, familiares, económicas o de la salud crean este sentimiento de soledad.
- En las personas adultas mayores se produce un sufrimiento caracterizado por sentimientos de abandono, desolación, insatisfacción, angustia y depresión.

La espiritualidad es importante porque es parte de la vida física, mental, emocional y social de la persona.

- Como cuidador debe ayudar a fortalecer la espiritualidad de las personas adultas mayores mediante prácticas diarias.
- Las personas adultas mayores, expresan sus necesidades espirituales de acuerdo a su cultura, a sus creencias, a sus valores y principalmente a su estado emocional que le permite manifestar de manera particular esta necesidad.
- Sensibilizarse a las necesidades espirituales para escuchar y comprender los temores de las personas adultas mayores.

Identificar sus necesidades básicas y ayudando y/ o motivándolos en todo momento a recuperar su autonomía en la medida de lo posible y de esta forma satisfacer dichas necesidades.

- Mantener si capacidad física y funcional (persona activa).
- Facilitar su expresión de sentimientos y emocionales a través de actividades lúdicas.
- Potenciar su autoestima en las personas mayores: potenciar sus capacidades y autonomía, respetar sus opiniones, ayudar mantenerse activo, fomenta sus relaciones, conseguir que se sienta útil favoreciendo su participación en conversaciones.

Duración:	40 minutos.
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de papel bond. • Lápiz. • Computadora. • Sillas. • Mesas.
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adultos mayores

INTERVENCIÓN GRUPAL

SESIÓN N° 1	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores que se sienten solos, fomentando la autonomía, participación social y un estilo de vida más saludable • Potenciar las capacidad y habilidades comunicacionales y participación activa. • Fortalecer la red de amigos.
Técnica:	Feedback (Beck et al., 2010).
Procesamiento:	<p>El feedback es una técnica para dar un proceso comunicativo sobre una persona o un grupo de personas frente a un trabajo en grupo.</p> <p>Técnica de transparencia. En esta sesión se trabajará de forma grupal, y luego se les pedir formar un círculo. El objetivo con esta técnica es llegar a un lugar de encuentro donde puedan reconectar, entablar conversaciones y ser transparentes contribuye a aumentar la confianza con los demás y hace que el adulto mayor se sienta valorado y seguro.</p> <p>Temas a tratar como:</p> <p>Qué significa para cada uno la soledad</p> <p>Compartir una experiencia personal acerca de la soledad.</p>

	<p>Dibujar la soledad en un sentido positivo.</p> <p>Es necesario tomar en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saber escucharlo/a. • Ser empáticos. • Compartir sentimientos y experiencias. • Intercambio intergeneracional. <p>Incluir actividades sociales propias para él o ella y practicar con ellos haciendo que se sienta importante para nosotros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • hablar de su niñez o juventud. • Expectativa de vida • En familia platicar con ellos. • Aceptar la edad, el momento y darse tiempo. • Permitir que no se aislé. • Ocupar tiempo (jugar, escribir, pintar mándalas) • Poner metas pequeñas como: “cuidado de una planta”. • Convivencia • Cierre: Video (Estupenso Films, 2013) https://www.youtube.com/watch?v=Yz_G7z-yGZc
Duración:	50 minutos.
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de papel bond. • Lápiz. • Borrador. • Computadora. • Sillas. • Mesas.
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología. • Adultos mayores

SESIÓN N° 2	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la autonomía del adulto mayor.

	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar la dignidad de los adultos mayores. • Socialización y uso del tiempo libre. • Estilos saludables y calidad de vida. • Resiliencia.
Actividad:	Psicoeducación:
Procesamiento:	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a desarrollar emociones positivas. • Estrategias de afrontamiento positivas abiertas a la experiencia (autocontrol, espiritualidad optimismo). • Apoyo familiar y social: apoyo proporcionado por familiares, grupo de amigos u otro considerado en recibir afecto, apoyo emocional. <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudarle a que no se encierre en sí mismos. Es frecuente los mayores experimenten sentimientos negativos: inutilidad al verse dependiente, falta de energía, aislamiento, disminución de actividades y relación o incluso ansiedad y depresión. Es importante cuidar el aspecto psicológico. 2. Hay que tomarse el tiempo de hablar con el/ella y ayudarle a mejorar y recuperar su autoestima. • Aficiones y habilidades (centrado en la persona). • Actividades novedosas o de ocio: Ayudarle a mantenerse activo, tanto en su aspecto físico como mental. Actividades tan simples cómo dar un paseo, mantener una conversación o hacer pasatiempos que pueden prevenir la degeneración. • Espiritualidad: se lo considera como estrategia para generar soluciones ante el mismo. • Autonomía. <p>Resiliencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las emociones positivas son muy importantes en la capacidad de afrontamiento de los problemas vitales y un envejecimiento positivo. <ol style="list-style-type: none"> 1. Gratitud.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Optimismo. 3. Capacidad de amar. 4. Alegría. 5. Humor. 6. Entusiasmo 7. Capacidad de recibir amor. 8. Aceptar cambios. 9. Adaptación donde debe apoyarse en relaciones significativas y actitudes positivas. <p>Dinámica grupal:</p> <p style="text-align: center;">“Pasar a la acción”</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esta actividad se les pide a los participantes pararse y ubicarse en parejas y de espaldas. • Luego se les pide que se pongan de frente y traten de interactuar cara a cara con sus parejas y observando si la persona está igual o en caso de que se ve diferente, intentar observar que le falta a esa persona, en un tiempo de 10 minutos. • Una vez cumplir con el tiempo, se les pide que alcen la mano de los que lograron observar el cambio de su pareja. • De forma reflexiva se les pregunta <i>¿si les cambio la perspectiva de la otra persona? Y describan sus diferencias.</i> • “De forma general se les hablará de la vida que siempre hay cambios, pero no observamos”. • Estableciendo estrategias de afrontamiento para cualquier acontecimiento de su vida.
Duración:	40 minutos.
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora. • Sillas. • Mesas.
Recursos Humanos:	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapeuta. • Estudiante de psicología.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Adultos mayores |
|--|---|

FASE 5: Seguimiento. Terminada la intervención, se sugieren sesiones posteriores de seguimiento, las cuales consisten en contacto de terapeuta con paciente durante determinado tiempo, con la finalidad de comprobar si los resultados del tratamiento se mantienen, han mejorado o existe la presencia de recaídas. En este tiempo de seguimiento se analiza si el paciente suele utilizar las estrategias y técnicas aprendidas durante la terapia, para poder evaluar si los resultados del tratamiento se mantienen o incluso mejoran; si esto se cumple, entonces se puede decir que la intervención clínica ha finalizado con éxito y que se han cubierto los objetivos terapéuticos planeados.

7 Discusión

El objetivo de la presente investigación fue identificar los niveles de soledad y ansiedad ante la muerte, así como la relación entre ambas variables en una muestra de 62 adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Los resultados obtenidos señalan que el 77,3 % presentó un nivel alto de soledad en adultos mayores institucionalizados y el 85 % presentó un nivel alto de soledad en los adultos mayores no institucionalizados. En concordancia con estos datos, la investigación realizada por Jaime Duarte (2011) en una muestra de 161 adultos mayores, encontró que la población institucionalizada presentó nivel alto de soledad evaluado mediante la Escala Este II, en contraste con la población no institucionalizada. Además, el estudio de Quinteros et al., (2018) en una muestra de 1.248 adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, señalan que se encontró mayor nivel de soledad en los residentes geriátricos en las dimensiones de soledad familiar, social y conyugal, lo que fue significativamente diferente en los no institucionalizados.

Respecto a los niveles de ansiedad ante la muerte evaluada mediante la Escala de Ansiedad ante la muerte DAS. El 99,9 % de adultos mayores institucionalizados presentó un nivel bajo de ansiedad ante la muerte, mientras que el 80,0 % de adultos mayores no institucionalizados presentó un nivel bajo de ansiedad ante la muerte. En este contexto, Godishala y Swathi (2014) realizaron una investigación denominada “Ansiedad ante la muerte, depresión ante la muerte, depresión geriátrica e ideación suicida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados”, en una muestra de 80 ancianos, los resultados de su estudio indicaron que el 47,5 % de los ancianos tienen un nivel leve ansiedad ante la muerte y el 52,5 % tienen un nivel moderado de ansiedad ante la muerte, tanto en adulto mayor institucionalizado como no institucionalizado. Por otra parte, Ibarzábal (2003) en su estudio de “Personas mayores institucionalizadas versus no institucionalizadas: aspectos diferenciales en ansiedad ante la muerte, depresión y satisfacción con la vida” con una muestra de 125 adultos mayores, los resultados indicaron que en comparación a las variables de depresión y satisfacción de la vida, no hay diferencias significativas a sufrir ansiedad ante la muerte entre los institucionalizados y no institucionalizados, sin embargo, sí se indican diferencias cuando se relaciona la ansiedad ante la muerte y la existencia de alguna enfermedad crónica en adultos mayores no institucionalizados.

Finalmente, es importante mencionar que los resultados de la presente investigación, no evidencian una relación significativa entre variables soledad y ansiedad ante la muerte, sin embargo, se ha obtenido en la evaluación niveles importantes de soledad en ambos grupos de estudio, así como un bajo nivel de ansiedad ante la muerte. Se debe considerar que el trabajo no estuvo libre de limitantes, presentándose un sesgo de selección de muestra, ya que esta fue reducida, por lo que los datos obtenidos no pueden generalizarse, siendo necesarias nuevas investigaciones que corroboren la consistencia de los resultados.

Resulta relevante tener en cuenta los resultados obtenidos en esta población, ya que pone en evidencia la necesidad de la puesta en marcha de programas de prevención e intervención en el adulto mayor con el fin de mejorar su salud mental y calidad de vida a través de la activación de recursos y redes de apoyo que reduzcan los niveles de soledad.

8 Conclusiones

Mediante la investigación realizada, se establece las siguientes conclusiones:

- Los resultados obtenidos del estudio demostraron que ambos grupos de estudio, tanto los adultos mayores no institucionalizados como los institucionalizados presentan niveles altos de soledad.
- En cuanto a la ansiedad ante la muerte, los niveles encontrados en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados son bajos en ambos casos, esto se puede deber, a la aceptación del propio final de la vida asumiendo la muerte como una realidad cercana, incluso esperada en algunos casos referidos.
- Se concluye que no existe una correlación significativa entre la variable soledad y ansiedad ante la muerte, en ambos grupos de estudio
- Se ha diseñado un plan de intervención psicológico para el manejo de la soledad y ansiedad ante la muerte, dados los resultados obtenidos en los grupos de estudio, el cuál puede ser aplicado a adultos mayores institucionalizados como no institucionalizados.

9 Recomendaciones

- Se recomienda replicar el presente estudio o investigaciones similares que consideren una muestra más amplia de modo que se puedan obtener datos relevantes que visibilicen la realidad actual de los adultos mayores y la necesidad de desarrollar y poner en marcha programas tendientes a mejorar la calidad de vida de los mismos, reduciendo niveles de soledad subjetiva y desarrollar estrategias que les permitan afrontar el final de la vida.
- Se recomienda que tanto la comunidad como los centros de atención de cuidados al adulto mayor implementen mecanismos de comunicación con los familiares y cuidadores, concientizando sobre las necesidades, fortaleciendo vínculos afectivos para dar y recibir apoyo social y acompañamiento al adulto mayor, y de esta forma combatirla soledad y mejorar la calidad de vida.
- Aplicar el plan de intervención psicológica planteado en el presente trabajo, con la finalidad de orientar un manejo adecuado desde la atención primaria, respecto al sentimiento de soledad y la ansiedad ante la muerte en el adulto mayor, para de esta forma prevenir y proveer de estrategias ante posibles alteraciones emocionales asociadas a estos factores y que pueden afectar el bienestar y calidad de vida durante el envejecimiento.

10 Bibliografía

- APA, A. P. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5.ª Edición ed.). EE. UU: Editorial Medica Panamericana.
- Beck, A., Brian, J., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. España.
- Boss, L., & Branssbre, S. (2017). Soledad y función cognitiva en el adulto mayor. *Psicogeriatría internacional*, 27(4). Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/270288264_Loneliness_and_cognitive_function_in_the_older_adult_A_systematic_review
- Cadman, B. (10 de Marzo de 2021). Qué debes saber sobre el miedo a la muerte. *Medical News Today*. Obtenido de <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/tanatofobia>
- Campos, D. (2015). *ABORDAJE TERAPEUTICO GRUPAL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN EL ADULTO MAYOR INTITUCIONALIZASO DESDE EL MODELO INTEGRATIVO* [Tesis de Magister en Terapia Integrativa]. Repositorio Institucional DSPACE. UAZUAY, Cuenca, Ecuador. Obtenido de <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4385/1/10941.pdf>
- Centro de Control de Enfermedades. (7 de Mayo de 2021). *Soledad Y aislamiento social vinculados a afecciones graves*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults.html>
- Chacon Fernandez, T. (2021). *Sentimientos de Soledad en Adultos Mayores: Una Revisión Sistemática de la Literatura de los últimos diez años (2010 - 2020)* [Tesis en Licenciatura en Psicología. Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV, Lima, Perú. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58561/Chacon_FT-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Correa Flores, N. (29 de Agosto de 2016). Ansiedad en la Vejez. *Aesthesis Psicólogos Madrid*. Obtenido de <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/ansiedad-en-la-vejez/#:~:text=Algunas%20personas%20mayores%20consideran%20que,estado%20de%20salud%2F%20incapacidad%20f%C3%ADsica.>
- Crewdson, J. (2016). El efecto de la soledad en la población adulta. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/297660250_The_Effect_of_Loneliness_in_the_Elderly_Population_A_Review

- Defossez, J. (2018). *Técnicas de respiración terapéutica para mejorar tu salud*. España: Amat Editorial es un sello editorial de Profit Editorial I., S. L.
- Díaz Soberón, L. (2019). *ESPIRITUALIDAD Y ACTITUD ANTE LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A UN CENTRO DE SALUD – CHICLAYO, 2018 [Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Señor de Sipán]*. Repositorio Institucional UCV, Pimentel, Perú. Obtenido de [https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6194/D%20S%20ober%20Luzeli%20Nathali.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6194/D%c3%adaz%20S%20ober%20Luzeli%20Nathali.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Estupenso Films. (2013). Soledad [Video]. Youtube. Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=Yz_G7z-yGZc
- Ferrari Borba, V. (2015). *SOLEDAD EN LA VEJEZ, El Adulto Mayor Y su Entorno Social como Agentes de Cambio. (Universidad de la República Facultad de Psicología)*. Repositorio Institucional UDELAR, Montevideo, Uruguay. Obtenido de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/6332/1/Ferrari%20Valentina.pdf>
- FIAPAM, Federación Iberoamericana de Asociaciones. (31 de Marzo de 2016). La soledad en el adulto mayor. Obtenido de <https://fiapam.org/la-soledad-en-el-adulto-mayor/>
- Geriatría con sentido. (2017). La familia y el adulto mayor [Video]. Youtube. Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=oq39nL3_R4w
- Godishala, & Swathi. (Octubre de 2014). Ansiedad ante la muerte, Depresión ante la muerte, Depresión Geriátrica e Ideación suicida en ancianos institucionalizado u no institucionalizado. *International Journal of Research Publicación*, 4. Obtenido de <https://www.ijsrp.org/research-paper-1014/ijsrp-p3461.pdf>
- Graus Florián, M. (2016). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte en pacientes adulto mayor de Instituciones de la Ciudad de Trujillo [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]*. Repositorio Institucional UCV, Trujillo, Perú. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/248/graus_fm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*. Oxford, EE.UU. Obtenido de <http://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/NANDA-Nursing-Diagnoses-2015-2017.pdf>
- Ibarzábal. (9 de Mayo de 2003). Personas mayores institucionalizadas versus no institucionalizadas: aspectos diferenciales en ansiedad ante la muerte, depresión y

- satisfacción con la vida. *MAPFRE MEDICINA*, 14(4). Obtenido de <https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART8678/personas.pdf>
- Instituto Alpa. (2018). CAMBIOS PSICOLOGICOS, SOCIALES Y FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR. Youtube. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=QdA2AXj-Bns>
- Jaimes Duarte, Y. (2011). Estudios sobre la soledad social en una muestra de adultos mayores Institucionalizados y No Institucionalizados de la Ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana. (*Tesis de Licenciatura*). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga. Obtenido de <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/1647>
- Jiménez Llanos, F. (2019). *NIVEL DE SOLEDAD EN EL ANCIANO QUE ASISTE A UN TALLER DE ADULTO MAYOR DE UNA ENTIDAD PRIVADA EN EL DISTRITO DEL RÍMAC 2019 [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Norbert Wiener]*. Repositorio Institucional: Uwiener.edu.pe, Lima, Perú. Obtenido de <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3110/TESIS%20Jim%20C3%A9nez%20Flor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Limonero, J. (1997). ANSIEDAD ANTE LA MUERTE. *ResearchGate*, 3(1), 37-46. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/235325305_Ansiedad_ante_la_muerte_Death_anxiety
- Llanes Torres, H., López Sepúlveda, Y., Vázquez Aguilar, J., & Hernández Pérez, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA.*, 1(21). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf>
- López Doblas, J., & Diaz Conde, P. (22 de Marzo de 2018). EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LA VEJEZ. *Revista Internacional de Sociología*. doi:<https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/698/904>
- Matienzo. (2021). Ansiedad ante la muerte y soledad en adultos mayores de Lima Metropolitana, 2021. (*Tesis de Licenciatura*). UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO, Lima, Perú. Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/72852>
- Miyasato Espino, K., & Montoya Urteaga, C. (2020). *SOLEDAD SEGÚN SEXO EN ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DE UN CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE CAJAMARCA, 2019 [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada del Norte]*. Repositorio Institucional EDU, Cajamarca, Perú. Obtenido de

- <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/24420/Miyasato%20Espino%20c%20Karen%20Melissa%20-%20Montoya%20Urteaga%20c%20Clara%20Elisa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moya, F. J., Barcia, D., Canteras, M. & Garcés, E. (2010). Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs). *Edu Psykhé*, 9(2), 147-158.
- OMS. (4 de Octubre de 2021). Envejecimiento y Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Paola , A., & Yexy, A. (2021). *LA DEMENCIA Y SU EFECTO EN LA SALUD MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORESEN LATINOAMÉRICA [Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí]*. Repositorio Intitucional ULEAM, Manta, Ecuador. Obtenido de <https://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/sapientiae/article/view/196/349>
- Pinel, M., Rubio, L., & Rubio, R. (2009). UN INSTRUMENTO DE MEDICION DE SOLEDAD SOCIAL: ESCALA ESTE II. *Calidad de Vida*.
- Quineros, Á., María Fernanda, V., Eucaris, H., & Cordova, J. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Grupo de Investigación en Salud del Adulto Mayor*, 36(2). Obtenido de <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-DiferenciasEnElSentimientoDeSoledadEntreAdultosIns-6710004.pdf>
- Rojas, E. (2014). *Cómo superar la ansiedad, la obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones*. Obtenido de https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/30/29106_Como_superar_la_ansiedad.pdf
- Rosero Pérez , D. (2020). *Miedo a la muerte y al proceso de morir en un Programa de Atención Integral en Adultos Mayores del Distrito Metropolitano de Quito [Proyecto a obtención al Título Psicóloga Infantil y Psicorrehabilitadora, Univerddidad Cental del Ecuador]*. Repositorio Institucional T- UCE, Quito.
- Rubio Herrera, R. (2007). LA PROBLEMÁTICA DE LA SOLEDAD EN LOS MAYORES. *INFAD REVISTA DE PSICOLOGÍA*, 1(2). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832315001>
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Uned, biblioteca d psicología.
- Sagrario Yárnaz , Y. (2008). *Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S*. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica* , España.

- Salud, O. M. (2017). Informe mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Salud, O. P. (2021). Envejecimientos saludable. OMS- OPS. Obtenido de <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- Sánchez Bacilio, R. (2019). *Depresión y Ansiedad ante la Muerte en Adultos Mayores Violentados de la Ciudad de Trujillo [Tesis de Licenciatura en Psicología, UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO]*. Repositorio Institucional UCV, Perú. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/30346/sanchez_br.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sanchez Moreno, M. (2021). *Causas que feneran la soledad en los usuarios del Centro Adulto Mator- Essalud Salavery, La Libertad, 2020 [Tesis en Licenciatura en Trabajo Social, Universidad Nacional de Trujillo]*. Repositorio Institucional de UNT, Trujillo, Perú. Obtenido de <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/17686/SANCHEZ%20MORENO%20-TS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sequeira Daza, D. (2011). *La Soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en Adultos Mayores chilenos.* (E. d. Granada, Ed.) Granada, España.
- Tejeda Delgado, M. (2020). *LA PRESBIFONÍA Y LA COMUNICACIÓN EN EL ADULTO MAYOR. RELACIÓN CON EL AISLAMIENTO SOCIAL EN POBLACIÓN GERIÁTRICA [Tesis de Grado en Logopedia, Univerddad de Valladolid]*. Repositorio Institucional UVA.
- Tomás, J. & Gómez, J. (2005). Construction and validation of the Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 108-114. doi: 10.1027/1015-575921.2.108 .
- Tomás, J., Limonero, J. T. & Abdel-Khalek, A. M. (2007). Spanish Adaptation of the Collet-Lester Fear of Death Scale. *Death Studies*, 34(3), 249-260. doi: 10.1080/07481180601152625.
- Tomás- Sábado. (2020). Miedo y Ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la Covid-19. 2. Obtenido de [file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-MiedoYAnsiedadAnteLaMuerteEnElContextoDeLaPandemia-7544334%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-MiedoYAnsiedadAnteLaMuerteEnElContextoDeLaPandemia-7544334%20(1).pdf)
- Tómas-Sábado, J. (2016). *MIEDO Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.* (1.ª Edición Digital ed.). (J. Toribio Barba, Ed.) Baecelona, España: Hender. Obtenido de

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=bASIDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT70&dq=ansiedad+ante+la+muerte+y+soledad+en+el+adulto+mayor&ots=yMfIaOYP0r&sig=RB8P0G8bExL3TkS468E1K38JNC0#v=onepage&q&f=false>

- Triadó, C., Villar, F., & Coords. (2014). *PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ* (Edición en versión digital 2014 ed.). Madrid, España. Obtenido de www.alianzaeditorial.ec
- Trujillo León, Y., Casique Casique, L., Morales Jinez, A., & Álvarez Aguirre, A. (2021). *Soledad en el adulto mayor: Análisis de concepto [Universidad de Guanajuato y Universidad Autónoma de Coahuila, México]*. Repositorio Institucional de CDID "Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica", México. Obtenido de <file:///C:/Users/HP/Downloads/SoledadenadultomayorAnalisisdeconcepto.pdf>
- Valarezo Carrión , J., Silva Maldonado, J., & Medina Muñoz, R. (31 de Marzo de 2020). *Influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad residentes en una institución geriátrica*. Obtenido de <https://www.revistaespacios.com/a20v41n14/20411402.html>
- Vallejo, A. (2018). "ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y AUTOESTIMA EN INTERNOS MAYORES DE 50 AÑOS DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE TRUJILLO. (Tesis de Licenciatura). UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO, Lima, Perú. Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/24807>

11 Anexos

11.1 Anexo1. Aprobación del Proyecto: Informe de Estructura, Coherencia y

Pertinencia



Loja, 30 de mayo de 2022

Dra. Ana C. Puertas A. Mg.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA - UNL.
En su despacho. -

De mi consideración:

Extiendo un saludo atento, cordial y respetuoso.

En respuesta al Oficio Nro.-265 C.PS.CL- FSH-UNL, de fecha 20 de mayo de 2022, en el que se solicita analizar y emitir el informe de estructura y coherencia del proyecto denominado **"SOLEDAD Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS, DE LOJA, PERIODO 2022."**, de autoría de la señorita Jacqueline Estefanía Ortega Lozano CI.1722917323, estudiante del octavo ciclo de la carrera de Psicología Clínica, menciono que:

Una vez que se ha realizado la revisión del Proyecto de Tesis, informo a Usted que el mismo **tiene estructura y coherencia**, por lo que se considera podrá continuar realizando su trabajo de tesis según el cronograma planteado.

Atentamente,



Escaneado con el código QR
**CINDY ESTEFANIA
CUENCA SANCHEZ**

Psc. CI. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez. Mg.
Docente

11.3 Anexo 3. Oficio de Pertinencia del lugar para realizar la Investigación del Trabajo de Integración Curricular



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. 242- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 17 de Mayo del 2021

Abogado
Armando Figueroa
ALCALDE DE CANTÓN CATAMAYO
Ciudad -



De mi consideración:

Por medio de la presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que la Srta. **Jacqueline Estefania Ortega Lozano** CI 1722917323, estudiante del **VIII** ciclo, puedan desarrollar su Trabajo de Integración Curricular en la Institución que acertadamente dirige; con el tema **“SOLEDAZ Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS, PERIODO 2022.”**. Previo a obtener el Título de Licenciada en Psicología Clínica.

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración.

CIPIC
Dra. Ana Puertas Azanza Mgs.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**



*Lunes Ing. Melissa Marina → 0991290865
Directora de Proyectos Sociales*

Archivo
APA/tsc

0939055519

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja · Ecuador
072 - 57 1379 Ext. 102

11.4 Anexo 4. Certificación del Abstract



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis **“SOLEDAD Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZOS, DE LOJA, PERIODO 2022”**, autoría de **Jacqueline Estefanía Ortega Lozano** con número de cédula **1722917323**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 9 de septiembre del 2022

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072578899
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec

11.5 Anexo 5. Consentimiento Informado



Universidad Nacional de Loja

Área de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación en que se solicita su participación tiene por objetivo conocer la presencia de

.....
El propósito de este documento consiste en ofrecer información que le permita decidir su participación en forma libre y voluntaria en este estudio.

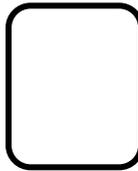
Este trabajo tendrá una duración aproximada de
No tendrá ningún costo económico para usted. Consiste en proporcionar al examinador algunos datos personales y además responder una serie de preguntas dirigidas a observar si hay presencia de Síntomas de Soledad y Ansiedad ante la muerte.

No se consideran beneficios ni compensaciones directas de ningún tipo asociadas a su participación en este estudio; sin embargo, significa un aporte al proyecto de investigación. Su participación no conlleva riesgos ni perjuicios de ninguna clase, sus respuestas serán codificadas y manejadas de manera anónima y con absoluta confidencialidad.

Si usted decide no participar en este estudio comuníquelo a la persona que le está entregando el presente documento. Tal decisión no afectará en ningún sentido de atención, para ello no es preciso que entregue ninguna explicación y tampoco acarreará para usted ninguna consecuencia negativa ni pérdida de derechos ya adquiridos. De igual manera usted tiene derecho a retractarse de participar en cualquier momento.

Loja,de.....de.....

Yo.....identificado (a) con cédula de ciudadanía N°..... Certifico que he sido informado (a) con claridad y veracidad debida respecto a la investigación “Soledad y Ansiedad ante la muerte en Adulto Mayor Institucionalizados y no Institucionalizados, periodo 2022”. De sus objetivos y procedimientos. Que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la investigación contribuyendo a la fase de implementación de pruebas y recolección de información. Soy conecedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la implementación de una prueba cuando lo estime conveniente. Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información, lo mismo que mi seguridad física y psicológica. Firma



Firma

11.6 Anexo 6. Ficha Sociodemográfica



Universidad Nacional de Loja

Área de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica



Ficha Sociodemográfica.

Por favor, conteste cada pregunta con un “X” según como Ud. considere.

DATOS PERSONALES:

Fecha de elaboración de la ficha _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ edad: _____

Sector de Barrio donde vive: _____

Viven en algún asilo: Si No

SEXO: Hombre: Mujer

ESTADO CIVIL:

Casado/a Separado/a Viudo/a

Unión libre Divorciado/a Soltero/a

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

Ninguno Centro de Alfabetización Jardín de Infantes

Primaria (1ro a 6to grado) Secundaria o Bachillerato (1ro a 6to curso)

Superior no Universitario (Nivel técnico, tecnológico).

Superior Universitario Post-grado

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Bajo Medio Alto

RELACION FAMILIAR:

Buena Mala Regular

¿Con quién vive actualmente: Solo Con hijos Familiares

Tiene amigos cercanos: Si No

Le satisfacen sus relaciones sociales: Si No

¿Tiene algún tipo de enfermedad diagnosticada? Si No

¿Cual? _____

En caso de tenerla ¿recibe algún tipo de tratamiento? Si No

11.7 Anexo 7. Escala de Ansiedad ante la Muerte – DAS

Escala de Ansiedad Ante la Muerte – DAS

Nombre: _____

Edad: _____ Lugar de Residencia: _____

Sexo: _____ (M o F).

Por favor lea cada afirmación; piense en cómo se siente usted la mayor parte del tiempo, e indique con qué frecuencia se siente así.

Afirmación	Nunca o Casi Nunca 1	Algunas veces. 2	La mayor parte del tiempo. 3	Todo el tiempo. 4
1. Tengo mucho miedo de morirme.				
2. Pienso en la muerte.				
3. Me pone nervioso que la gente hable de la muerte.				
4. Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme.				
5. Tengo miedo de morir.				
6. Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer.				
7. Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte				
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo.				
9. Me da miedo tener una muerte dolorosa.				
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.				

11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.				
12. Pienso que la vida es muy corta.				
13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.				
14. Me horroriza ver un cadáver.				
15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro.				

Ansiedad Ante la Muerte	
NIVELES	PUNTUACIÓN
Bajo	0 a 22 puntos
Medio	22 a 26 puntos
Moderado	27 a 32 puntos
Alto	Más 32 puntos

11.8 Anexo 8. Escala Este II de Soledad Social

Escala Este II de Soledad Social

Nombre: _____

Edad: _____ **Lugar de Residencia:** _____

Sexo: _____ (M o F).

Por favor lea cada afirmación; piense en cómo se siente usted la mayor parte del tiempo, e indique con qué frecuencia se siente así.

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Ud. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?			
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?			
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?			
4. ¿Siente que no le hacen caso?			
5. ¿Se siente triste?			
6. ¿Se siente usted solo?			
7. ¿Y por la noche, se siente solo?			
8. ¿Se siente querido?			
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?			
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?			
11. ¿Utiliza Ud. Internet?			
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA

12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?			
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?			
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?			
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?			
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL _____ Pts			

Soledad Social	
NIVELES	PUNTUACIÓN
Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	21 a 30 puntos

11.9 Anexo 9. Tablas

11.9.1 Tablas de institucionalizados y No institucionalizados

Tabla 1

Ficha sociodemográfica de Institucionalizados y no Institucionalizados

Institucionalizados	Frecuencia	Porcentaje	No institucionalizados	Frecuencia	Porcentaje
	22	100		40	100
Género			Género		
Masculino			Masculino	21	52,5
Femenino			Femenino	19	47,5
Estado civil			Estado civil		
Casado/a	2	9,1	Casado/a	15	37,5
Separado/a	4	18,2	Separado/a	8	20,0
Viudo/a	8	36,4	Viudo/a	13	32,
Unión libre	1	4,5	Unión libre	2	5,0
Divorciado/a	3	13,6	Divorciado/a	2	5,0
Soltero/a	4	18,2			
Escolaridad			Escolaridad		
Primaria	15	68,2	Primaria	32	80,0
Bachillerato	2	9,1	Bachillerato	2	5,0
Superior no universitario	1	4,5	Superior no universitario	4	10,0
Superior universitario	4	18,2	Superior universitario	2	5,0
Nivel socioeconómico			Nivel socioeconómico		
Alto	2	9,1	Alto	2	5,0
Medio	19	86,4	Medio	33	82,5
Bajo	1	4,5	Bajo	5	12,5

Relación familiar			Relación familiar		
Buena	15	68,2	Buena	30	75,0
Mala	1	4,5			
Regular	6	27,3	Regular	10	25,0
Con quien vive			Con quien vive		
solo	22	100	Solo	11	27,5
			Con hijos	8	20,0
			Familiares	21	52,5
Amigos cercanos			Amigos cercanos		
Si	19	86,4	Si	35	87,5
No	3	13,6	No	5	12,5
Relaciones sociales			Relaciones sociales		
Si	17	77,3	Si	32	80,0
No	5	22,7	No	8	20,0
Enfermedad diagnosticada			Enfermedad diagnosticada		
Si	22	100,0	Si	35	87,5
			No	5	12,5
Tratamiento			Tratamiento		
Si			Si	11	27,5
No			No	29	72,5
Total	22	100,0	Total	40	100,0

Nota: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales. *Elaborado por:* Jacqueline Estefanía Ortega Lozano.

Tabla 2

Factores de la Escala de Soledad Social Este II

Institucionalizados	No institucionalizados
---------------------	---------------------------

Percepción	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
apoyo social				
Máximo	7	31,8	27	67,5
Medio	12	54,5	13	32,5
Mínimo	3	13,6		
Uso de nuevas tecnologías				
Medio			2	5,0
Mínimo	22	100,0	38	95,0
Índice participación social subjetiva				
Medio	4	18,2	18	54,0
Mínimo	18	81,8	22	55,0
Total	22	100,0	40	100,0

Nota: Escala de Soledad Social Este II en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Tabla 3

Factores de la Escala de Ansiedad ante la Muerte DAS

	Institucionalizados		No institucionalizados	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Miedo a la agonía o enfermedad				
Máximo			2	5,0
Medio	22	100,0	37	92,0
Mínimo			1	2,5
Miedo que la vida				

llegue a su**fin**

Medio	22	100.0	37	92,5
-------	----	-------	----	------

Mínimo			3	7,5
--------	--	--	---	-----

Miedo a la**muerte**

Máximo			1	2,5
--------	--	--	---	-----

Medio	17	77,3	29	72,5
-------	----	------	----	------

Mínimo	5	22,7	10	25,0
--------	---	------	----	------

Total	22	100,0	40	100,0
--------------	-----------	--------------	-----------	--------------

Nota: Escala de Ansiedad ante la Muerte DAS de Templer en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Tabla 4*Prueba de Normalidad Institucionalizados*

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Niveles Soledad	0,475	22	0,000	0,522	22	0,000
Niveles Ansiedad ante la Muerte	0,530	22	0,000	0,332	22	0,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 5*Prueba de Normalidad No Institucionalizados*

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Niveles Soledad	0,511	40	0,000	0,428	40	0,000

Niveles						
Ansiedad ante la muerte	0,480	40	0,000	0,516	40	0,000
a. Corrección de significación de Lilliefors						

Tabla 6

Correlación de Rho de Spearman de Institucionalizados

			Niveles Soledad	Niveles Ansiedad ante la Muerte
Rho de Spearman	Niveles Soledad	Coefficiente de correlación	1,000	,171
		Sig. (bilateral)	.	,445
		N	22	22
	Niveles Ansiedad ante la Muerte	Coefficiente de correlación	,171	1,000
		Sig. (bilateral)	,445	.
		N	22	22

Tabla 7

Correlación de Rho de Spearman de No Institucionalizados

			Niveles Soledad	Niveles Ansiedad ante la muerte
Rho de Spearman	Niveles Soledad	Coefficiente de correlación	1,000	,209
		Sig. (bilateral)	.	,195
		N	40	40
	Niveles Ansiedad ante la muerte	Coefficiente de correlación	,209	1,000
		Sig. (bilateral)	,195	.
		N	40	40

11.10 Anexo 10. Matriz de Datos en Excel

The screenshot displays an Excel spreadsheet with a data matrix. The columns are labeled 'Pregunta 1' through 'Pregunta 15'. The rows are numbered 1 to 20. The spreadsheet is part of a workbook named 'Jacqueline Datos (1) - Excel'. The ribbon shows various options for formatting and data manipulation.

11.11 Anexo 11. Matriz de Datos en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales

SPSS

The screenshot shows two side-by-side windows of the IBM SPSS Statistics Editor de datos. Both windows display a list of variables with columns for 'Nombre', 'Tipo', 'Anchura', 'Decimales', 'Etiqueta', 'Valores', and 'Perdidos'. The variables listed include demographic and attitudinal measures such as 'Número', 'Edad', 'Género', 'Vive en un...', 'Estado_Civil', 'Escolaridad', 'Nivel_Socio...', 'Relación_F...', 'Con_quien...', 'Amigos_cer...', 'Relaciones...', 'Enfermedad...', and 'Tratamiento'. The status bar at the bottom indicates 'IBM SPSS Statistics Processor está listo'.