



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA ISRAEL**  
**ESCUELA DE POSGRADOS “ESPOG”**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**  
**MENCIÓN: NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE**

*RPC-S0-21-No.449-2020*

**PROYECTO DE TITULACIÓN EN OPCIÓN AL GRADO DE MAGÍSTER**

<b>Título del artículo</b>
Relación entre pensamiento automático disfuncional y niveles de ansiedad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico “Plenitud”
<b>Línea de Investigación:</b>
Artes y humanidades para una sociedad sostenible
<b>Campo amplio de conocimiento:</b>
Periodismo, Ciencias Sociales, información y derecho
<b>Autor/a:</b>
Karla Stephany Gutiérrez Cajiao
<b>Tutor/a:</b>
Ana Victoria Poenitz Boudot. PhD

**Quito – Ecuador**

**2024**

## APROBACIÓN DEL TUTOR



Yo, Ana Victoria Poenitz Boudot PhD, con PASAPORTE AAD138692 en mi calidad de Tutor del proyecto de investigación titulado: Relación entre pensamiento automático disfuncional y niveles de ansiedad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

Elaborado por: Karla Stephany Gutiérrez Cajiao, de C.I: 1727366443, estudiante de la Maestría: Psicología, mención: Neuropsicología del Aprendizaje de la **UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA ISRAEL (UISRAEL)**, como parte de los requisitos sustanciales con fines de obtener el Título de Magister, me permito declarar que luego de haber orientado, analizado y revisado el trabajo de titulación, lo apruebo en todas sus partes.

Quito D.M., 13 de marzo de 2024



---

Dra. Ana Victoria Poenitz Boudot. PhD

## DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL ESTUDIANTE

Yo, Karla Stephany Gutiérrez Cajiao con C.I: 1727366443, autor/a del proyecto de titulación denominado: Relación entre pensamiento automático disfuncional y niveles de ansiedad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve. Previo a la obtención del título de Magíster en Psicología, mención Neuropsicología del aprendizaje.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar el respectivo trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Tecnológica Israel los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor@ del trabajo de titulación, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital como parte del acervo bibliográfico de la Universidad Tecnológica Israel.
3. Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de prosperidad intelectual vigentes.

Quito D.M., 13 de marzo de 2024



Firmado electrónicamente por:  
**KARLA STEPHANY  
GUTIERREZ CAJIAO**

**Firma**

## Tabla de contenidos

Índice de Tablas.....	7
Índice de Figuras.....	8
Información General .....	9
Contextualización del Tema .....	9
Problema de Investigación.....	11
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos .....	13
Vinculación con la sociedad y beneficiarios directos .....	13
Capítulo I: Descripción del Artículo Profesional .....	14
Contextualización general del estado del arte.....	14
Distorsiones Cognitivas .....	16
Cambios biológicos, psicológicos y sociales hacia el envejecimiento .....	19
Los Modelos de Selectividad Socioemocional.....	21
Modelos socio-psicológicos. ....	21
Adulto Mayor en el Ecuador.....	22
Teoría de la Ansiedad .....	23
Proceso investigativo metodológico .....	24
Tipo de Investigación.....	24
Diseño de Investigación .....	25
Enfoque de la Investigación.....	25
Población y muestra .....	25
Población .....	25
Tamaño de la Muestra.....	25

Características de la muestra .....	26
Técnica de recolección de datos.....	26
Entrevistas semiestructuradas.....	26
Observación participante.....	26
Análisis documental.....	27
Cuestionarios y escalas de medición.....	27
Instrumentos .....	27
Historia Clínica .....	27
Inventario de Pensamientos Automáticos Ruiz y Lujan .....	27
Escala de Ansiedad de Hamilton .....	28
Montreal Cognitive Assessment (MoCA) .....	28
Variables de estudio o hipótesis .....	28
Variables .....	29
Análisis de resultados .....	29
Muestra de género de los pacientes.....	29
Escala de Moca.....	30
Escala de Ansiedad Hamilton.....	31
Pensamientos Automáticos Disfuncionales .....	32
Capitulo II: Artículo Profesional.....	39
Resumen .....	39
Palabras clave.....	40
Abstract .....	40
Keywords .....	40
Introducción .....	40
Metodología .....	41
Resultados – Discusión.....	41

Conclusiones .....	42
Recomendaciones .....	43
Referencias .....	44
Anexos .....	47
Anexo 1 .....	47
Test de Moca.....	47
Anexo 2 .....	48
Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján .....	48
Anexo 3 .....	49
Escala de Ansiedad de Hamilton .....	49

### Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Cálculo de Chi Cuadrado de Tipos de Pensamiento y Ansiedad</i> .....	33
Tabla 2 <i>Frecuencias esperadas en relación a ansiedad y tipos de pensamiento</i> .....	35
Tabla 3 <i>Probabilidades de ansiedad y tipos de pensamiento</i> .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 4 <i>Calculo de chi cuadrado entre pensamientos automáticos y ansiedad</i> .....	37
Tabla 5 <i>Prueba de hipótesis</i> .....	38

## Índice de Figuras

Figura 1 <i>Porcentaje de género en los pacientes</i> .....	29
Figura 2 <i>Puntaje de deterioro cognitivo</i> .....	30
Figura 3 <i>Puntaje de Ansiedad</i> .....	31
Figura 4 <i>Prevalencia de pensamientos automáticos disfuncionales</i> .....	32

## Información General

### Contextualización del Tema

La presente investigación establece la relación entre pensamientos automáticos disfuncionales y en nivel de ansiedad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve, que se encuentran en el área de Residencia Geriátrica de la Fundación San José “Plenitud”.

En esta investigación se conceptualiza a los pensamientos automáticos disfuncionales como generadores de los trastornos psicológicos (González Tuta, Barreto Porez, & Salamanca Camargo, 2017), de acuerdo con los autores se puede establecer los pensamientos como factores de riesgo para presentar un deterioro cognitivo, y afectaciones en la esfera afectiva en pacientes adultos mayores con varias comorbilidades. Como refiere Gonzales y Salamanca en el 2017, el elemento primordial del Modelo de Beck son los pensamientos automáticos disfuncionales, los cuales son auto-verbalizaciones, (pensamientos o imágenes) que se encuentran en el nivel inmediato de la conciencia y, por lo tanto, son de más difícil acceso.

Establecer la importancia de evaluar, diagnosticar e intervenir en pensamientos automáticos disfuncionales es la clave para una adecuada intervención neuropsicológica, por ello, entender la dinámica del pensamiento y cómo influye en la esfera afectiva y social cobra relevancia en la salud mental, más aún en pacientes vulnerables como es el adulto mayor. Estos pensamientos resultan de la interacción entre supuestos y creencias centrales, que a su vez forman parte de los esquemas, los cuales son estructuras organizadas de conocimiento que organizan, codifican y analizan la información respecto a experiencias previas. Como se cita en el texto anterior: “los pensamientos están en constante interacción con las creencias que se forman a través de ellas se crea la perspectiva de la realidad” (Gonzalez Tuta, Barreto Porez, & Salamanca Camargo, 2017, pág. 76).

Horney y Sullivan (2017), en cuanto a la teoría, identificaron elementos que componen su estructura, como el reconocimiento de tres niveles de respuesta: (cognición, emoción y

comportamiento), los cuales interactúan entre sí e influyen a su vez los patrones de pensamiento, comportamiento y emoción, el reconocimiento de creencias irracionales, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos como generadores de los trastornos psicológicos (Gonzalez Tuta, Barreto Porez, & Salamanca Camargo, 2017, pág. 13). En reseña a lo que menciona Horney y Sullivan, se puede entender cómo la cognición está encadenada a la emoción y esta al comportamiento, reflejando que el ser humano es integral donde lo bio-psico-social comparte la cotidianidad y el pensamiento es el factor determinante de la conducta y las emociones.

De la misma forma, el abordaje de la neuropsicología a pacientes adultos mayores es relevante, ya que es una población que presenta la mayor incidencia de comorbilidades de salud mental, como lo refieren los lineamientos operativos para la atención integral del Adulto mayor del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2018, en el cual cita "El 23% de la población adulta mayor, presenta algún tipo de discapacidad; el 18% sufre de depresión, especialmente las mujeres", en este contexto se entiende la importancia de la salud mental en grupos vulnerables y cómo esta incide en el manejo integral del adulto mayor.

La Organización Mundial de la Salud (2015) define al envejecimiento activo como "el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen", este ente rector de salud pone una perspectiva diferente a la realidad encontrada socioculturalmente en la que se ve al envejecimiento como un estado de enfermedad dolor y muerte, y la cambia a mejorar la calidad de vida de adultos mayores, en la cual está explícito e implícito que la salud mental es uno de los pilares fundamentales para lograr el objetivo de la Organización Mundial de la Salud.

Al referir una buena calidad de vida también se hace mención al diagnóstico oportuno y a la intervención adecuada de patologías de salud mental, en ellas, como en esta investigación, se hace mención a los trastornos de ansiedad, por lo cual "Los trastornos mentales comunes

hacen referencia a dos categorías de diagnóstico principales: los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad” (Depresión y otros trastornos mentales, 2017, pág. 45).

La conceptualización de la ansiedad según la Organización Mundial de la Salud (2015), define que “las personas con un trastorno de ansiedad pueden experimentar un miedo o una preocupación excesivos ante una situación específica” y esto se presenta cotidianamente en los establecimientos de salud con personas adultas mayores que poseen trastornos ansiosos y que generalmente no tienen un diagnóstico e intervención oportuna.

### **Problema de Investigación**

El adulto mayor durante larga data ha pasado desapercibido en la construcción social, determinando como una persona que está en la etapa final de su vida y de la cual no se debe tener mayor cuidado. La necesidad de atención integral a las personas adultas mayores, al menos desde la esfera psicológica dándoles la calidad de sujeto de derecho, cobra interés en los últimos 10 años cuando se observan mayores ingresos hospitalarios y prolongados cuidados hospitalarios, los cuales podrían ser evitados con una adecuada promoción de la salud (Sepúlveda., et al, 2020, pág. 76).

En nuestro país se instaura la Ley Orgánica de las personas Adultas Mayores en mayo del 2019, misma que rige hasta la actualidad, otorgando a cada cartera de Estado y la ciudadanía en general una responsabilidad social con este grupo etario, generando lineamientos de políticas públicas que vigilen, promocienen y atiendan las necesidades biológicas, psicológicas sociales y emocionales de adultos mayores, considerando importante la inserción social y familiar (Santana & Vergara, 2022).

Los pensamientos automáticos disfuncionales son patrones de pensamiento negativos y distorsionados que ocurren de manera rápida y automática en respuesta a situaciones específicas (Rodríguez, 2020). En el caso de los adultos mayores con deterioro cognitivo, estos pensamientos pueden ser especialmente perjudiciales ya que pueden exacerbar los síntomas de trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad, así como contribuir al aislamiento

social y familiar. Se pueden identificar algunos ejemplos de pensamientos automáticos disfuncionales comunes en adultos mayores con deterioro cognitivo: Catastrofización: Pensamientos que exageran la gravedad de una situación, anticipando lo peor en cualquier circunstancia. Por ejemplo, "Si me olvidé de tomar mi medicación una vez, seguro que voy a empeorar rápidamente y perderé mi independencia"; generalización excesiva: Tendencia a aplicar conclusiones negativas a situaciones diversas basadas en una sola experiencia negativa. Por ejemplo, "Nadie me llama, así que nadie se preocupa por mí. Todos me han olvidado"; y personalización: Creer que los eventos negativos son causados directamente por uno mismo, ignorando otros factores. Por ejemplo, "Mi familia no viene a visitarme porque no les importo lo suficiente. Deben estar ocupados solo con sus propias vidas" (Cedeño, 2020).

Desde hace varios años la geriatría ha tenido un incremento en la demanda de pacientes que tienen un diagnóstico de deterioro cognitivo leve, a quienes, a lo largo del tiempo, se les asocian trastornos mentales como depresión, ansiedad, trastornos del sueño, entre otros (Sánchez, Vélez, & Rivera, 2023). Por lo cual, el impacto de la presente investigación se dará a través del reconocimiento de pensamientos automáticos disfuncionales que se crean a lo largo de la etapa de adulto mayor y cómo estos inciden en la presencia de trastornos ansiosos en pacientes con deterioro cognitivo en el Centro Geriátrico "Plenitud". Al notar que es imprescindible para la persona afrontar de manera adecuada su etapa de adultez mayor, también es indispensable que tengan conciencia plena de la enfermedad para que así puedan solventar dudas, realizar aclaraciones y conocer causas, consecuencias y el cambio de estilo de vida que deben manejar desde el momento del diagnóstico, es aquí donde el psicólogo juega un rol importante al concientizar cada aspecto de la enfermedad, dando un ambiente de confianza, comfortable, y valorando los pensamientos y sentimientos del paciente, estos son los puntos necesarios para que se realice un adecuado manejo multidisciplinario, ayudando a que se evite generar pensamientos automáticos en la persona. El planteamiento del problema queda delimitado de la siguiente manera: ¿Existe relación entre pensamientos

automáticos disfuncionales y el nivel de ansiedad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico “Plenitud”?

### **Objetivo general**

Determinar la relación entre los pensamientos automáticos disfuncionales y los niveles de ansiedad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico “Plenitud”.

### **Objetivos específicos**

- Conocer la prevalencia de los pensamientos automáticos disfuncionales en los pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico “Plenitud”.
- Determinar los niveles de ansiedad en los pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico “Plenitud”.
- Establecer la relación de los pensamientos automáticos disfuncionales y niveles de ansiedad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico “Plenitud”.

### **Vinculación con la sociedad y beneficiarios directos**

Esta investigación se desarrollará en un contexto de residencia geriátrica en la que cuentan con servicios de medicina, enfermería, psicología, terapia ocupacional, en la que los adultos mayores reciben una atención integral, buscando el bienestar físico y mental del paciente y su familia.

Es de gran importancia como servidores de salud instaurar la necesidad de la evaluación neuropsicológica del paciente geriátrico debido a que los pacientes adultos mayores tienen una serie de características clínicas que cobran relevancia cuando se tiene un equipo multidisciplinario que evalúe y desarrolle estrategias de afrontamiento hacia los componentes físicos, sociales y emocionales que se encuentran deteriorados.

De la misma forma, la visualización de la esfera afectiva como factor de deterioro cognitivo, que no solo es por la neurodegeneración cortical o subcortical, sino la importancia de un adecuado diagnóstico neuropsicológico para que el paciente reciba la atención especializada con las especificidades que requiere, disminuyendo el riesgo del aumento de cuadros demenciales, depresión severa con síntomas psicóticos o un trastorno conductual de origen afectivo.

Los beneficiados de esta investigación serán siempre los pacientes geriátricos, los cuales serán tratados como seres humanos integrales, sin que la familia y los servidores de salud vean al adulto mayor como una persona cursando un envejecimiento, sino que logren apoyar y aportar para que los adultos mayores y sus familias transiten en un envejecimiento saludable donde se vean sus problemas físicos, psicológicos, familiares y sociales como una oportunidad de trabajo en equipo, donde la familia tome el rol de acompañante y cuidador activo, dejando de lado el abandono emocional que se ha marcado durante la historia en el paciente. Se busca que durante larga data se torne un enfoque de derecho y esto ayude a visualizar al adulto mayor con trastornos cognitivos como una persona sujeto de derechos, entre ellos, el derecho a ser tratado con prioridad, respeto y ética, para que este envejecimiento llegue a ser saludable y el personal de salud mental pueda disminuir el sufrimiento en todas las esferas, como es el caso de las enfermedades de salud mental, que son las más difíciles de identificar y son las que presentan mayor morbilidad en el sistema de salud pública.

## **Capítulo I: Descripción del Artículo Profesional**

### **Contextualización general del estado del arte**

La actual investigación tiene una fundamentación teórica basada en la corriente cognitiva conductual, en la que su mayor representante menciona “se dice que el pensamiento se relaciona con el fluir de la conciencia” (Camacho J. M., 2003), por ello es importante entender que la producción de pensamientos influye de manera directa en la conciencia,

estableciendo una conducta direccionada a la recurrencia de este pensamiento, determinando el accionar frente a un estímulo determinado.

Se conceptualiza a los pensamientos automáticos como mensajes o proposiciones específicas, referidas a una situación concreta, los cuales no dan importancia a la irracionalidad, sino que siempre son creídos y concebidos como reales (Beck, 1979).

“Para detectar los pensamientos automáticos, se llevó a cabo el diario de registro de pensamientos de Aaron Beck, que es un recurso básico en terapia cognitiva para evaluar y tratar los pensamientos automáticos disfuncionales” (Tabares, 2018), cada pensamiento tiene una frecuencia un tiempo y una intensidad, la cual es un factor determinante para las reacciones conductuales de las personas.

Aaron Beck, al referirse a la terapia cognitiva, describe a la “Ideación idiosincrática” como una forma de pensamiento que marca errores de razonamiento, y los componentes son interiorizados por el sujeto como verdades absolutas (Beck, Terapia Cognitiva, 1979). Por ello, la cognición y los tipos de pensamientos son interiorizados, procesados y resueltos por cada individuo y es el contexto, las experiencias y el afrontamiento de los mismos lo que hace que se genere mayor o menor malestar emocional, descifrando cada pensamiento como la forma subjetiva de validar la realidad objetiva.

“La cognición está entrelazada con el aprendizaje de modo inextricable. A medida que el humano tiene nuevas experiencias, llegan nuevas apreciaciones y conceptos. Cuando este conocimiento nuevo produce un cambio de comportamiento, decimos que han aprendido de la experiencia” (Davis, 2014). Al tener un aprendizaje que está basado en el proceso cognitivo, lo esperado es que las conductas de los seres humanos vayan acorde a las experiencias, y estas experiencias generan un impacto emocional.

Según Aaron Beck en 1981, la cognición son valores que damos a hechos o acontecimientos percibidos por el individuo, los cuales crean una referencia temporal, ya sean

pasados, actuales o eventos esperados, estos pensamientos o imágenes pueden llegar a ser conscientes y diferenciarlos.

“Los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias (en sus distintos niveles de accesibilidad) y de los procesos cognitivos” (Sadock, B; Sadock, V; Sinopsis de Psiquiatría; Lippincott William & Wilkins; 10ma edición; Philadelphia; 2009; pág. 958).

Estableciendo las teorías que anteceden a la interacción que existe entre los pensamientos automáticos y la cognición, los autores anteriormente mencionados identifican a la cognición como el seleccionador de hechos y cómo a través de ellos se produce un tipo de pensamiento y cómo este pensamiento toma influencia en la cotidianidad, dotando a la persona de una perspectiva del mundo basado en su realidad.

“Los pensamientos automáticos son cogniciones que intervienen entre los acontecimientos externos y la reacción emocional de la persona ante dichos acontecimientos...” (Davis, 2014). Por lo anteriormente mencionado, y una vez interiorizando la definición de la cognición y los pensamientos, se procede a citar la alteración de estos pensamientos conocidos como Distorsiones cognitivas en el modelo de Albert Ellis y pensamientos automáticos disfuncionales en la teoría de Aaron Beck.

### ***Distorsiones Cognitivas***

Según Ellis, las distorsiones cognitivas serían las que determinan las creencias maladaptativas que producirían una perturbación (Eliot, 2005).

En 1967, Aarón Beck implantó dentro de la terapia de la depresión las distorsiones cognitivas en las que él menciona 6 distorsiones; en 1992, DeWolf, y en 1999 Oster aumentan 3 distorsiones, después se concluye con 15 disfunciones cognitivas:

- Filtraje Selectivo: “Visión de Túnel” Acoge solo aspectos negativos de una situación o estímulo, estableciéndola como la única interpretación valedera, sin objetive otra

perspectiva. Ejemplo: “Todo lo que hago es malo, cuando me mira la gente mira mi parte mala”. (Beck, 1967)

- Pensamiento Polarizado: Valora estímulos o acontecimientos de forma extrema, pasando por alto los aspectos que se encuentran en el medio. Todos los sucesos son calificados como positivos o negativos, no son realistas y hacen que la persona se autocalifique de manera extrema. Ejemplo: “Todo lo que hago me sale mal” (Beck, 1967).
- Sobregeneralización: Generaliza una situación y lo apropia “Siempre me voy a enfermar de lo mismo” (Beck, 1967).
- Interpretación del pensamiento: Implica una tendencia a interpretar los sentimientos e intenciones del “otro” sin ninguna base de comprobación. Ejemplo: “él hace eso porque...” (Beck, 1967).
- Visión catastrófica: Apresurar acontecimientos de modo catastrófico hacia el interés personal, colocándose en la peor situación sin ninguna prueba que lo asegure. Ejemplo: “¿y si no solo es dolor de estómago?”. (Beck, 1967)
- Personalización: Es el hábito de relacionar sin ninguna base los hechos que suceden en el entorno con uno mismo. Se hace frecuentes comparaciones con otras personas de manera negativa. Ejemplo: “Mis padres se separaron por mi culpa, por no ser como mi hermana”, “mi trabajo es mejor que...”, “todo lo que pasa es por mí”. (Beck, 1967).
- Falacia de control: Distorsionar en cómo la persona se ve a sí misma sobre el grado de control que tiene acerca de sus propios hechos o sucesos en su vida. La persona se siente responsable de los acontecimientos de su vida o de los demás (Externo-fatalismo, interno-culpable). (Beck, 1967).

- Falacia de justicia: Establece valorar necesariamente lo que es injusto y no coincide con los deseos propios (propia justicia con desacuerdo de otros). Ejemplo: “no es justo que todos se alejen de mí”, “no tienen por qué tratarme así”. (Beck, 1967).
- Razonamiento emocional: Es pensar que lo que el sujeto siente desde la esfera emocional, lo que siente la persona es verdadero. Se objetiviza el sentimiento sin dar reconocimiento a la interpretación subjetiva, se da poder a las emociones de uno. Ejemplo: “yo lo siento así, entonces es verdadero”. (Beck, 1967).
- Falacia de cambio: Establece que el bienestar de una persona depende de las acciones del otro. La felicidad depende del cambio de los otros. Ejemplo: “Si tú te vas yo no puedo seguir, yo no puedo ser feliz sin que estés a mi lado”, “si cambiaras tu actitud, yo podría...”. (Beck, 1967).
- Etiquetas globales: Imponen un adjetivo con un concepto global a uno mismo o a otra persona que cubre de manera global los aspectos de una persona, reduciéndose a un solo elemento, estableciendo un estigma. Ejemplo: “yo soy un mueble”, “soy una inútil”. (Beck, 1967).

Los pensamientos automáticos se definen por su carácter impuesto, son pensamientos que aparecen en el fluir del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados y condicionan una conducta y el afecto (Camacho J. M., 2003).

Por lo tanto, entender que los pensamientos forman parte de la cognición y cómo estos tienen una serie de factores que deterioran la funcionalidad cerebral, también sirve para evidenciar que con el paso de los años los pensamientos se tornan lentos, la esfera cognitiva se deteriora usualmente en la adultez mayor cuando se asocian trastornos cognitivos acorde a la edad, por esto se hace referencia también a lo que conlleva la etapa de adulto mayor.

(..) “Platón decía que se resalta la idea de que se envejece como se ha vivido y la importancia de cómo ha de prepararse para la vejez en la juventud vista siempre desde una manera positiva” (Mendoza, 2020).

A lo largo de la historia la edad es tan importante para cada ser humano, y en cuanto pasan los años el adulto mayor tiene más años que muestran las experiencias y el camino recorrido, pero en esta etapa aparecen momentos de soledad y abandono, muchas personas pierden el sentimiento de utilidad, también se deja de trabajar como lo menciona Mendoza (2020), desde la adultez mayor se considera que los proyectos de vida ya han sido consumados durante la etapa productiva o activa, y comienza otra, la cual está inmersa transmitir las experiencias, la sabiduría.

En América Latina existe igual cantidad de personas de más de 60 años que de niños menores de cinco años de edad, pero en el año 2050, la cifra de adultos mayores de 80 años igualará la cantidad de estos niños en la región (Quintero, 2011).

Rubio en el 2003 menciona: “la vejez es una enfermedad extraña: se la cuida para hacerla durar”, en donde el proceso de enfermedad en esta etapa de vida es una de las más difíciles de transcurrir simplemente por la cantidad de decisiones a tomar.

En psicogerontología esos caminos reciben diferentes nombres: camino del éxito, camino hacia la competencia, camino hacia la felicidad (Mora, 2023).

### ***Cambios biológicos, psicológicos y sociales hacia el envejecimiento***

Posiblemente la influencia de los estereotipos nos lleva a pensar que cuando hablamos de personas con éxito se trata de sujetos que, por su sabiduría, su creatividad, o por la influencia que han ejercido en su entorno han destacado (Quintero, 2011).

El autor hace referencia que el éxito siempre va ligado a este tipo de personas, que en nuestro imaginario son gente joven con muchos años por vivir, pero que en la realidad y llegando a ser objetivos, el éxito se logra con el paso de los años y la sabiduría a través de la

experiencia, y las personas que resaltan en esto sin duda son los adultos mayores que hacen que sus problemas físicos y sociales sean parte de su cotidianidad.

Salomón en 1999, ya menciona la diferencia entre envejecimiento patológico y el envejecimiento normal en la que enmarca la diferencia en los efectos que causa una enfermedad en los adultos mayores y cómo cada persona es más susceptible y son víctimas de determinadas enfermedades.

Por otra parte, en el envejecimiento normal habría que contemplar otra variable importante que es el ritmo de envejecimiento. Hay personas que a los 60 años físicamente están como si tuvieran 40 y viceversa (Senado, 2020). La variabilidad del ritmo de envejecimiento aumenta con la edad, marcando gran diferencia los ritmos de envejecimiento de un sujeto a otro, y a su vez, en la misma persona se da gran variabilidad entre los diferentes sistemas del cuerpo que envejecen a distinto ritmo (Rubio, 1996).

Desde hace varios años ha cobrado importancia el estudio del adulto mayor y cómo sería el utópico de encontrar un envejecimiento saludable, tanto para el paciente geriátrico como para su familia. Para las ciencias de la salud, y enmarcando en las ciencias del comportamiento y las emociones, es un proceso de desarrollo, pero que en las ciencias netamente biológicas esta etapa es un proceso de deterioro y pérdida de varias funciones que están en esta última etapa de vida.

Por ello es importante desarrollar estrategias que contengan una visión biológica del adulto mayor en la que ya nos vemos frente a varias pérdidas en su funcionalidad, en su cognición y en su emoción, pero que también podemos analizarla desde otra perspectiva en la que es una etapa compleja llena de retos y desafíos, pero la cual integra mucho más que una sola palabra asociada a un final, sino asociada al principio de algo valioso, como es la etapa dorada del ser humano, la ancianidad.

Existen varios modelos psicogeriátricos en los que se enmarca al adulto mayor, por ello se resaltan los más relevantes según Quintero en el 2011:

**Los Modelos de Selectividad Socioemocional.** Son modelos muy vinculados a las teorías sociopsicológicas que entienden que los cambios en la reducción de las interacciones sociales que parece darse en los mayores, se deben a dos posibles causas que son las que generaron las famosas teorías de la actividad o de la desvinculación.

**Modelos socio-psicológicos.** Son aquellos que se centran en la incidencia que este tipo de variables ejercen en las influencias normativas, así como la decisiva influencia de las formas de afrontamiento, o las técnicas de control primario o secundario. El primario referido a la creencia por parte del individuo de su posibilidad de cambiar el mundo externo para ajustarlo a sus necesidades y la del control secundario referido a la capacidad del individuo para acomodar sus metas, sus deseos, sus creencias a las exigencias externas que se dan en un momento determinado (Brandtsädter y Greve, 1994).

En estos dos modelos vemos cómo el envejecimiento tiene varias aristas, siendo una de ellas que en tanto más adulto vayamos siendo, más selectivos emocionales somos, y la de una perspectiva en la que el individuo tiene la posibilidad de cambiar su esfera afectiva para plantearse metas, deseos o ambiciones con el fin de tener un adecuado envejecimiento.

Con ello logramos entender que es incuestionable que lo que busca la neuropsicología es brindar posibilidades neuro-emocionales para la consolidación de una adecuada salud mental en la persona adulta mayor. Por ello es de gran importancia también destacar lo que nos refiere Baltes en 1990, en donde nos menciona: *“Los sujetos que son capaces de utilizar esta plasticidad, de trabajar con su capacidad de reserva, pueden maximizar sus cualidades, las condiciones de apoyo de su entorno y de alguna manera, envejecen mejor y muestran ser más competentes”*, por ello el impacto de las estrategias sanitarias en favor del adulto mayor deben ser orientadas para el beneficio de la plasticidad en el entorno social y familiar en el cual el adulto mayor tome el rol de una persona activa que desempeña una figura socialmente visualizada y culturalmente activa, alejada de la soledad y el abandono que se ha venido enmarcando durante varios años.

## **Adulto Mayor en el Ecuador**

En el Ecuador, como lo confirma el INEC en el 2009, una de cada tres personas adultas mayores presenta una enfermedad crónica, así mismo, esta población tiene trastornos visuales, auditivos, así como alteraciones que influyen negativamente en la calidad de vida o su funcionamiento diario.

Además, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en el 2012 muestra que las muertes totales en este año el 70% fueron de adultos mayores, y que en el 2017, esta cifra aumentó a un 87.5%. Las enfermedades crónicas diagnosticadas en las personas adultas mayores son un punto relevante para comprender la necesidad de cuidados, ya que si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas (Valdivia, 2021).

De la misma forma, el Ecuador en el Plan Nacional de Desarrollo del 2021 reconoce la importancia de promover el desarrollo integral de los individuos durante todo el ciclo de la vida, por lo cual también se incluyen a pacientes geriátricos en las políticas públicas. Conjuntamente que, desde mayo del 2019, se encuentra vigente la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores, misma que tiene por objeto promover, regular y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de derechos específicos de las personas adultas mayores en el marco del principio de atención prioritaria y especializada.

Comprendiendo todo el marco legal que engloba el bienestar del adulto mayor debemos hacer referencia al alto índice de trastornos mentales que presenta el adulto mayor, como lo define el Ministerio de Salud Pública (MSP) en la Guía de Atención Integral en la salud mental para el Adulto Mayor del 2003, en la cual menciona: “Una de las preocupaciones más sobresalientes de los últimos años ha sido el deterioro de la vida del adulto mayor a nivel nacional, debido a la crisis social, económica, espiritual y de valores que se manifiesta abruptamente” (MSP Ecuador, 2003).

Hay cambios de orden mental. Su memoria es más evocadora de recuerdos lejanos que de los cercanos. Tienen interés en relatar escenas vividas anteriormente porque están cargadas de aspectos afectivo- emotivos (Ayala, 2003).

Ayala en 2003, también menciona en su trabajo que los ancianos con trastornos mentales constituyen un grupo bastante significativo de la población general. Algunos trastornos se vuelven más significativos en la vejez, por ejemplo, los trastornos cognitivos, trastornos afectivos, en especial la depresión, trastornos por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, trastornos de la personalidad.

Por ello es importante establecer que el deterioro cognitivo forma parte de una patología común en el adulto mayor, la cual está normada en el CIE 10 como: deterioro cognitivo leve (DCL) es una etapa temprana de pérdida de memoria u otra pérdida de capacidad cognitiva (como lenguaje o percepción visual/espacial) en personas que mantienen la capacidad de realizar de forma independiente la mayoría de las actividades de la vida diaria.

### ***Teoría de la Ansiedad***

La teoría de la ansiedad es un área de estudio en la psicología que busca comprender los mecanismos subyacentes y las causas de la ansiedad, así como sus efectos en el comportamiento humano (Barlow, 2002). Esta teoría examina cómo factores cognitivos, emocionales, biológicos y ambientales interactúan para influir en la experiencia y manifestación de la ansiedad. Proporciona un marco conceptual para comprender desde diferentes perspectivas disciplinarias cómo se desarrolla, se mantiene y se trata la ansiedad en individuos. Existen varios enfoques y teorías ligadas a esta. La teoría del aprendizaje sugiere que la ansiedad puede ser aprendida a través de experiencias de condicionamiento clásico y operante. Por ejemplo, un individuo puede desarrollar ansiedad en respuesta a estímulos específicos si estos estímulos han estado asociados previamente con situaciones amenazantes o estresantes.

El condicionamiento puede ocurrir tanto a nivel consciente como inconsciente (Clark, y Beck, 2010). También está la teoría cognitiva, la cual se centra en los procesos cognitivos, como los pensamientos, creencias e interpretaciones, que influyen en la experiencia de la ansiedad. Propone que las interpretaciones negativas y distorsionadas de las situaciones pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. Por ejemplo, interpretar un evento neutro como una amenaza catastrófica puede desencadenar ansiedad.

Profundizando un poco más se encuentra la teoría biológica, la cual examina los aspectos neurobiológicos de la ansiedad, incluyendo la influencia de la genética, los neurotransmisores y la actividad cerebral en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. Se ha demostrado que ciertas estructuras cerebrales, como la amígdala y la corteza prefrontal, están implicadas en la regulación de la ansiedad (Alencastro, 2021).

Esta teoría propone que la ansiedad es una respuesta adaptativa que ha evolucionado para ayudar a los organismos a enfrentar y evitar peligros potenciales en su entorno. La ansiedad serviría como un sistema de alerta temprana que prepara al individuo para lidiar con situaciones amenazantes (Grupe, y Nitschke, 2013).

### **Proceso investigativo metodológico**

#### ***Tipo de Investigación***

La presente investigación es Descriptiva “se efectúa cuando se desea describir, en todos sus componentes principales” (Guevara Alban, Verdesoto Arguello, & Castro Molina, 2020). Además, permite establecer permite obtener una información sistemática y estructurada. (Guevara Alban, Verdesoto Arguello, & Castro Molina, 2020). Debido a que describiremos detalladamente los pensamientos automáticos Disfuncionales desde la Teoría de Beck, la ansiedad y el deterioro cognitivo de adultos mayores. También es una Investigación correlacional debido a que este estudio tiene la finalidad de conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más categorías o variables en un contexto particular (Chipana, 2020).

### ***Diseño de Investigación***

Es documental, ya que establece como el servicio de información retrospectivo, se dedica a la recopilación de información, procesamiento y difusión de la información científica y técnica. (Tancara, 2015). Asociando a la investigación la cual tendrá un compendio de bibliografías y datos científicos que nos permiten hacer un análisis documental de las diferentes vértices y perspectivas del estado del arte.

### ***Enfoque de la Investigación***

Actualmente esta investigación cuenta con un enfoque cuantitativo ya que surge de los procedimientos empiristas de orden inductivo, que tiene como objetivo apreciar las variables de forma objetiva y medible. (Novoa, 2017)

### ***Población y muestra***

#### ***Población***

La investigación se centró en un grupo específico de la población de adultos mayores que son residentes permanentes del Centro Geriátrico "Plenitud". Este centro fue seleccionado por su relevancia en la atención de personas de la tercera edad y su especialización en el manejo de condiciones relacionadas con el envejecimiento, particularmente el deterioro cognitivo leve. Se eligió este grupo demográfico debido a la importancia de comprender y abordar los desafíos asociados con el declive cognitivo en la vejez. Además, al enfocarse en una población con un diagnóstico específico de deterioro cognitivo leve, la investigación pudo dirigirse de manera más precisa hacia la comprensión de los factores y las intervenciones que pueden influir en la progresión de esta condición y en la calidad de vida de los afectados.

#### ***Tamaño de la Muestra***

La muestra para este estudio consistirá en 25 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos y que residan permanentemente en el Centro Geriátrico "Plenitud". Los criterios de inclusión se definirán en función de las características específicas necesarias para la investigación, como el diagnóstico de deterioro cognitivo leve y la disponibilidad para

participar en el estudio. Se seleccionará a los participantes de manera aleatoria o mediante criterios específicos de selección, según sea apropiado para los objetivos de la investigación y la disponibilidad de la población objetivo en el Centro Geriátrico "Plenitud".

### ***Características de la muestra***

#### Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores
- Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo leve
- Residentes permanentes del Centro Geriátrico "Plenitud"

#### Criterios de Exclusión

- Pacientes con edades menores de 65 años
- Pacientes con diagnóstico de demencia
- Pacientes con afasias o trastornos del lenguaje.
- Pacientes que no estén en residencia permanente del Centro Geriátrico "Plenitud"

### **Técnica de recolección de datos**

#### ***Entrevistas semiestructuradas***

Estas entrevistas permiten una exploración en profundidad de las experiencias, pensamientos y emociones de los participantes en relación con el pensamiento automático disfuncional y los niveles de ansiedad. Las preguntas pueden seguir una guía flexible que permita a los participantes expresarse libremente, al tiempo que se exploran temas específicos de interés para el estudio. (Guevara Alban, Verdesoto Arguello, & Castro Molina, 2020)

#### ***Observación participante***

Esta técnica implica la observación directa de las actividades y comportamientos de los participantes en situaciones relevantes para el estudio, como en sesiones grupales de terapia o en actividades cotidianas dentro del Centro Geriátrico "Plenitud". La observación participante

permite obtener una comprensión más completa y contextualizada de cómo se manifiestan el pensamiento automático disfuncional y los niveles de ansiedad en la vida diaria de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve. (Guevara Alban, Verdesoto Arguello, & Castro Molina, 2020).

### ***Análisis documental***

Se llevará a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica existente sobre el pensamiento automático disfuncional, la ansiedad en adultos mayores y el deterioro cognitivo leve. Esta revisión documental proporcionará un contexto teórico para el estudio, así como información relevante sobre variables relacionadas y posibles mecanismos subyacentes (Guevara Alban, Verdesoto Arguello, & Castro Molina, 2020).

### ***Cuestionarios y escalas de medición***

Se utilizarán cuestionarios estandarizados para evaluar el pensamiento automático disfuncional y los niveles de ansiedad en los participantes. Estas herramientas proporcionan mediciones cuantitativas que pueden complementar los datos cualitativos obtenidos a través de las entrevistas y la observación participante, permitiendo un análisis más completo de la relación entre las variables de interés.

### ***Instrumentos***

#### ***Historia Clínica***

Se realizó una revisión exhaustiva de las historias clínicas de los participantes para recopilar información relevante sobre su estado de salud general, antecedentes médicos y diagnóstico de deterioro cognitivo leve.

#### ***Inventario de Pensamientos Automáticos Ruiz y Lujan***

Se aplicó el Inventario de Pensamientos Automáticos Ruiz y Lujan, desarrollado por Juan Ruiz Sánchez en 1996. Este instrumento tiene como objetivo identificar los principales pensamientos automáticos disfuncionales en los participantes. Consta de 15 ítems agrupados,

cuya confiabilidad ha sido establecida mediante estudios comparativos realizados en varios países latinoamericanos, incluyendo México, Venezuela, Colombia, Ecuador y Chile.

### ***Escala de Ansiedad de Hamilton***

Se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton, adaptada por Lobo et al. en 2002. Esta escala consta de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del paciente, abordando síntomas tanto psicológicos como somáticos. Cada ítem se califica en una escala del 0 al 4, donde 0 indica "No tengo" y 4 indica "Casi siempre, totalmente". La versión original de la escala ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en una distribución bifactorial.

### ***Montreal Cognitive Assessment (MoCA)***

Se administró la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) para evaluar las disfunciones cognitivas leves en los participantes. Este instrumento evalúa diversas habilidades cognitivas, incluyendo atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, capacidades visoconstructivas, cálculo y orientación. La puntuación máxima es de 30, y una puntuación igual o superior a 26 se considera normal. La administración y la interpretación de los resultados fueron realizadas por un profesional de la salud especializado en el ámbito cognitivo (Nasreddine MD, 2017).

### ***Variables de estudio o hipótesis***

Planteamiento de hipótesis: La hipótesis de investigación es que existe una influencia directa entre los pensamientos automáticos disfuncionales y el nivel de ansiedad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve de Centro de Geriátrico "Plenitud". En otras palabras, existe una influencia directa entre los pensamientos automáticos disfuncionales y el nivel de ansiedad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico "Plenitud". Específicamente, se espera que, a mayor presencia de pensamientos automáticos disfuncionales en los pacientes, se correlacione positivamente con niveles más altos de ansiedad.

## **Variables**

Variable Independiente: Adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

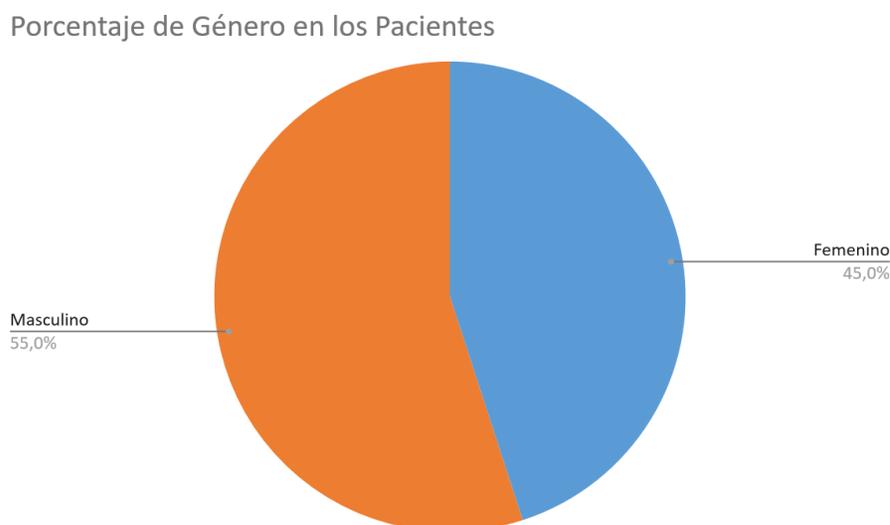
Variables Dependientes: Pensamientos automáticos, niveles de ansiedad.

## **Análisis de resultados**

### ***Muestra de género de los pacientes***

#### **Figura 1**

*Porcentaje de género en los pacientes*

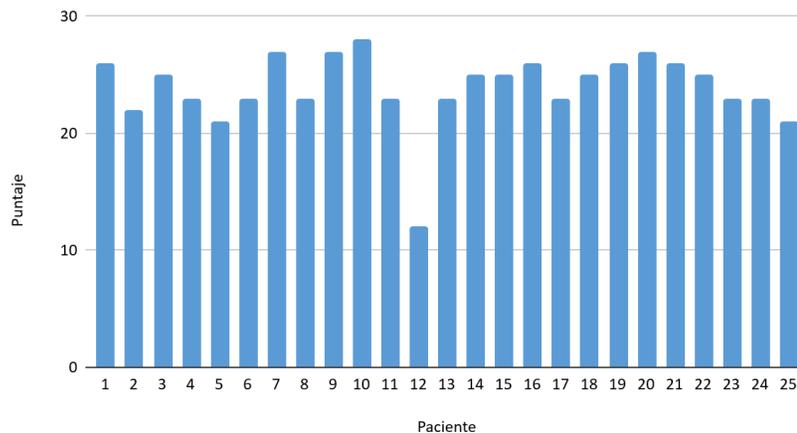


Debido a la aleatoriedad en la selección de la muestra, los grupos no son equitativos, observándose una predominancia de hombres, representando el 55%, mientras que las mujeres constituyen el 45%. Esta disparidad de género plantea interrogantes sobre la representatividad de la muestra y la generalización de los resultados. Sería crucial examinar si existen sesgos de selección o si hay aspectos socio-culturales que podrían explicar esta desigualdad en la participación.

## **Escala de Moca**

### **Figura 2**

#### *Puntaje de deterioro cognitivo*

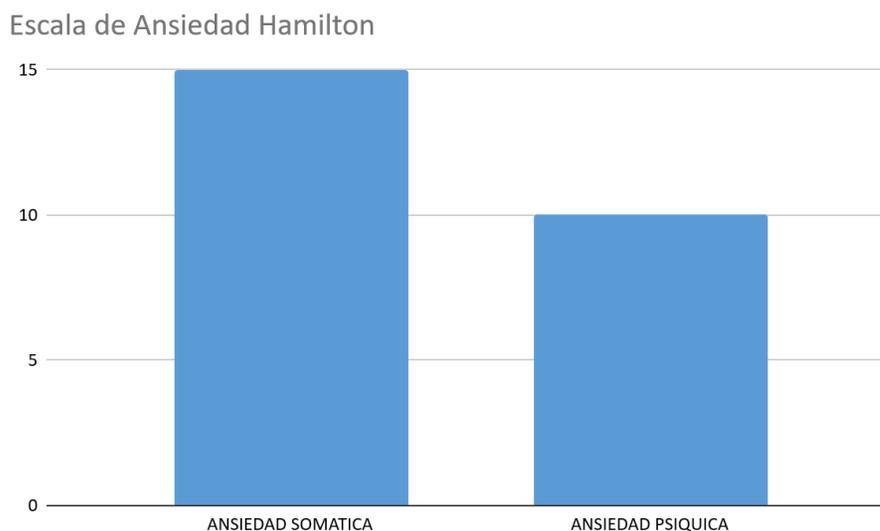


Al analizar los datos de la Escala de Moca, se calculan estadísticas descriptivas que revelan un promedio de puntaje de 23.16, mediana de 25, desviación estándar de 3.55 y un rango de 17 puntos, desde 12 hasta 29. Los puntajes se concentran principalmente entre 21 y 28, indicando en su totalidad con deterioro cognitivo leve. La interpretación de los resultados muestra que los pacientes presentan deterioro cognitivo leve. Se sugiere investigar las causas detrás de los puntajes bajos en los pacientes 5 y 12 para identificar posibles factores subyacentes, además de examinar patrones demográficos como edad o género entre pacientes con puntajes altos y bajos. En resumen, estos datos de la Escala de Moca indican una prevalencia predominante de deterioro cognitivo leve en la muestra.

### ***Escala de Ansiedad Hamilton***

#### **Figura 3**

##### *Puntaje de Ansiedad*



Para analizar los datos de la Escala de Ansiedad de Hamilton, inicialmente se cuantifican los datos para permitir un análisis más detallado, centrándose en las categorías de ansiedad, ya sea síntomas somáticos o síntomas psíquicos. Se procede calculando la frecuencia de cada categoría y luego se proporciona una interpretación basada en estas frecuencias. En cuanto al análisis, se observa que la ansiedad somática es experimentada por 14 pacientes, mientras que la ansiedad psíquica afecta a 11 pacientes, mostrando una distribución equilibrada entre ambos tipos de ansiedad en la muestra. Se sugiere investigar posibles correlaciones entre los tipos de ansiedad y factores como la edad, el género, la historia médica o el contexto psicosocial de los pacientes, además de explorar si existen disparidades en la respuesta al tratamiento entre aquellos que experimentan ansiedad somática y los que experimentan ansiedad psíquica. En resumen, estos datos indican que tanto la ansiedad somática como la ansiedad psíquica son comunes en la muestra de pacientes. Es

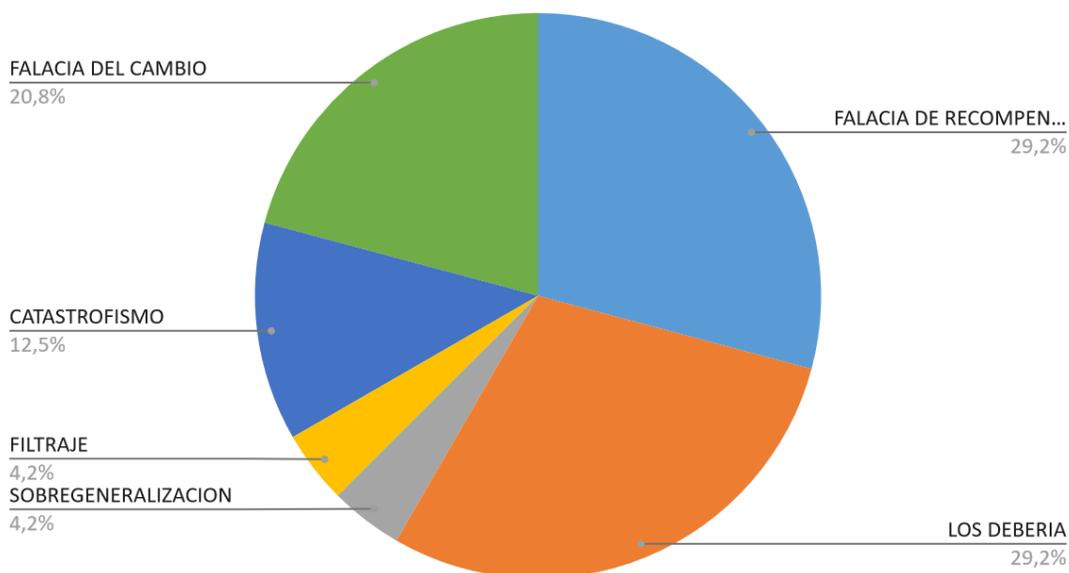
importante considerar estas diferencias en la presentación de la ansiedad al planificar y administrar intervenciones terapéuticas adecuadas.

### ***Pensamientos Automáticos Disfuncionales***

#### **Figura 4**

#### *Prevalencia de pensamientos automáticos disfuncionales*

#### Pensamientos Automáticos Disfuncionales



Analizando los datos de la Escala de Pensamientos Automáticos Disfuncionales (PAD), es crucial identificar la frecuencia de cada tipo de pensamiento automático presente en la muestra. Una vez calculada esta frecuencia, podemos proporcionar una interpretación basada en estos resultados. La Falacia de Recompensa Divina emerge como el pensamiento automático más frecuente, con 8 ocurrencias, seguido de cerca por Los Debería y la Falacia del Cambio, presentes en 7 y 5 ocasiones respectivamente. Otros tipos de pensamientos, como la Falacia de Justicia, Sobregeneralización y Filtraje, son menos comunes en esta muestra. Esta distribución sugiere la presencia de un patrón de pensamiento negativo o distorsionado entre los individuos. Sería beneficioso investigar las razones detrás de la prevalencia de ciertos tipos

de pensamientos automáticos disfuncionales, así como su posible impacto en la salud mental y el bienestar. Identificar estos patrones es el primer paso para abordarlos mediante intervenciones terapéuticas adecuadas, como la terapia cognitivo-conductual. En resumen, estos datos revelan la presencia de varios tipos de pensamientos automáticos disfuncionales en la muestra, lo que sugiere la necesidad de intervenciones para abordar y cambiar estos patrones de pensamiento negativo.

**Tabla 1**

*Cálculo de Chi Cuadrado de Tipos de Pensamiento y Ansiedad*

<b>TABLA DE CONTINGENCIA</b>			
<b>ANSIEDAD</b>			
<b>TIPOS DE PENSAMIENTO</b>	<b>ANSIEDAD SOMÁTICA</b>	<b>ANSIEDAD PSÍQUICA</b>	<b>TOTA L</b>
FILTRAJE	1	0	1
SOBREGENERALIZACIÓN	1	0	1
N			
CATASTROFISMO	2	1	3
FALACIA DE JUSTICIA	1	0	1
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	2	5	7
FALACIA DEL CAMBIO	4	1	5
LOS DEBERÍA	4	3	7
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>25</b>

El análisis de la tabla de contingencia proporciona una visión detallada de la relación entre los tipos de pensamiento automático disfuncional y los niveles de ansiedad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico "Plenitud". La tabla revela que hay un total de 25 pacientes en el estudio. Al observar los diferentes tipos de pensamiento automático disfuncional, se destaca que "FALACIA DEL CAMBIO" y "LOS DEBERÍA" son los más prevalentes, con 5 y 7 casos respectivamente, mientras que "ANSIEDAD SOMÁTICA" y "ANSIEDAD PSÍQUICA" presentan 15 y 10 casos respectivamente.

En cuanto a la relación entre los tipos de pensamiento automático disfuncional y los niveles de ansiedad, se puede observar que hay una mayor asociación entre ciertos tipos de pensamiento y la ansiedad. Por ejemplo, "FALACIA DEL CAMBIO" muestra una relación más estrecha con la ansiedad somática, con 4 casos, mientras que "FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA" tiene una relación más pronunciada con la ansiedad psíquica, con 5 casos. Además, se puede notar que "CATASTROFISMO" y "LOS DEBERÍA" tienen una distribución más equitativa entre los dos tipos de ansiedad, con 2 casos de "CATASTROFISMO" para la ansiedad somática y 1 caso para la ansiedad psíquica, y 4 casos de "LOS DEBERÍA" para cada tipo de ansiedad.

**Tabla 2**

*Frecuencias esperadas en relación a ansiedad y tipos de pensamiento*

<b>FRECUENCIAS ESPERADAS</b>			
<b>TIPOS DE PENSAMIENTO</b>	<b>ANSIEDAD</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>ANSIEDAD</b>	<b>ANSIEDAD</b>	
	<b>SOMÁTICA</b>	<b>PSÍQUICA</b>	
FILTRAJE	0,6	0,4	1
SOBREGENERALIZACIÓN	0,6	0,4	1
CATASTROFISMO	1,8	1,2	3
FALACIA DE JUSTICIA	0,6	0,4	1
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	4,2	2,8	7
FALACIA DEL CAMBIO	3	2	5
LOS DEBERÍA	4,2	2,8	7
<b>TOTAL</b>	15	10	25

La tabla de frecuencias esperadas proporciona una perspectiva sobre cómo se distribuirían los casos de ansiedad somática y psíquica entre los diferentes tipos de pensamiento automático disfuncional si no hubiera una asociación significativa entre ellos. Estos valores esperados son calculados bajo la hipótesis nula de independencia entre las variables ansiedad y tipo de pensamiento automático disfuncional. Al observar los datos, se puede notar que los valores esperados varían dependiendo del tipo de pensamiento y del tipo de ansiedad. Por ejemplo, "FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA" y "LOS DEBERÍA" tienen los valores esperados más altos en ambos tipos de ansiedad, con 4,2 y 2,8 respectivamente para ansiedad somática, y 2,8 y 4,2 respectivamente para ansiedad psíquica. Esto sugiere que estos

tipos de pensamiento están más fuertemente asociados con niveles de ansiedad en los pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico "Plenitud". Por otro lado, "FILTRAJE" y "SOBREGENERALIZACIÓN" tienen valores esperados bajos en ambos tipos de ansiedad, con 0,6 y 0,4 respectivamente para ambas variables. Esto sugiere una asociación menos significativa entre estos tipos de pensamiento y los niveles de ansiedad en la muestra. Al comparar los valores esperados con los valores observados en la tabla de contingencia, se puede evaluar si hay desviaciones significativas que podrían indicar una asociación entre los tipos de pensamiento automático disfuncional y los niveles de ansiedad. Esto se puede hacer mediante pruebas estadísticas como el chi-cuadrado.

**Tabla 3**

*Calculo de chi cuadrado entre pensamientos automáticos y ansiedad*

<b>CÁLCULO DE CHI CUADRADO</b>		
<b>TIPOS DE PENSAMIENTO</b>	<b>ANSIEDAD</b>	<b>ANSIEDAD</b>
	<b>SOMÁTICA</b>	<b>PSÍQUICA</b>
FILTRAJE	0,27	0,40
SOBREGENERALIZACIÓN	0,27	0,40
CATASTROFISMO	0,02	0,03
FALACIA DE JUSTICIA	0,27	0,40
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	1,15	1,73
FALACIA DEL CAMBIO	0,33	0,50
LOS DEBERÍA	0,01	0,01
		5,79

El análisis de la tabla de cálculo de chi-cuadrado proporciona información sobre la asociación entre los tipos de pensamiento automático disfuncional y los niveles de ansiedad somática y psíquica en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico "Plenitud". El valor calculado de chi-cuadrado es 5,79, lo que indica que existe una asociación significativa entre los tipos de pensamiento y los niveles de ansiedad en la muestra estudiada. Este valor se compara con la distribución de chi-cuadrado bajo la hipótesis nula de independencia entre las variables, y se utiliza para determinar si la asociación observada es estadísticamente significativa.

Al observar los valores individuales de la tabla de cálculo de chi-cuadrado, se puede notar que los valores son más altos para "FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA" en comparación con otros tipos de pensamiento. Esto sugiere que este tipo de pensamiento está más fuertemente asociado con los niveles de ansiedad somática y psíquica en los pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico "Plenitud". Además, "FALACIA DEL CAMBIO" también muestra valores relativamente altos, lo que sugiere una asociación significativa con los niveles de ansiedad en la muestra estudiada. Estos hallazgos pueden ser útiles para comprender mejor cómo los diferentes tipos de pensamiento automático disfuncional pueden influir en los niveles de ansiedad en esta población, lo que podría informar el desarrollo de intervenciones terapéuticas específicas para abordar estos patrones de pensamiento y reducir la ansiedad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

#### Tabla 4

##### *Prueba de hipótesis*

PRUEBA DE HIPÓTESIS		
=		5,79
VALOR CRIT	$gl=(r-1) * (c-1)$	6
		5,00%
		12,59
<b>Decisión:</b>	Se acepta la hipótesis nula	
	No existe asociación entre la ansiedad que presenta el paciente	
<b>Conclusión:</b>	y su tipo de pensamiento.	

La prueba de hipótesis realizada tiene como objetivo determinar si existe una asociación significativa entre la ansiedad presentada por los pacientes y su tipo de pensamiento automático disfuncional. En este caso, el valor calculado de chi-cuadrado es 5,79, y el valor

crítico para un nivel de significancia del 5% y un grado de libertad  $gl=(r-1)*(c-1)$  igual a 6 es de 12,59. Dado que el valor calculado de chi-cuadrado (5,79) es menor que el valor crítico (12,59), se acepta la hipótesis nula. Esto significa que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, y por lo tanto, se concluye que no existe una asociación significativa entre la ansiedad que presentan los pacientes y su tipo de pensamiento automático disfuncional en el Centro Geriátrico "Plenitud". Esta conclusión implica que, según los datos y el análisis realizado, no se puede afirmar que haya una relación estadísticamente significativa entre los diferentes tipos de pensamiento disfuncional y los niveles de ansiedad en los pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve de este centro geriátrico. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los resultados de la prueba de hipótesis pueden estar sujetos a limitaciones, como el tamaño de la muestra o la validez de las mediciones utilizadas. Por lo tanto, es recomendable realizar un análisis más detallado y considerar otras variables relevantes para obtener una comprensión más completa de la relación entre el pensamiento automático disfuncional y la ansiedad en esta población.

## **Capítulo II: Artículo Profesional**

### **Resumen**

En el contexto del envejecimiento de la población y el consecuente aumento en la prevalencia de trastornos cognitivos como el deterioro cognitivo leve (DCL), la salud mental de los adultos mayores cobra una importancia creciente. Entre los aspectos que influyen en su bienestar psicológico, la ansiedad y los pensamientos automáticos disfuncionales (PAD) han surgido como áreas de interés significativas. Si bien la relación entre estos dos constructos ha sido ampliamente estudiada en poblaciones generales, su interacción en adultos mayores con DCL aún requiere una mayor comprensión. El presente trabajo se centra en explorar la relación entre los PAD y los niveles de ansiedad en pacientes adultos mayores con DCL en el Centro Geriátrico "Plenitud". Al comprender mejor esta relación, podemos identificar puntos clave para

intervenciones terapéuticas dirigidas a mejorar la salud mental y el bienestar de esta población vulnerable.

### ***Palabras clave***

Pensamiento automático disfuncional, ansiedad, adultos mayores, deterioro cognitivo leve.

### **Abstract**

In the context of population aging and the consequent increase in the prevalence of cognitive disorders such as mild cognitive impairment (MCI), the mental health of older adults is becoming increasingly important. Among the aspects that influence their psychological well-being, anxiety and dysfunctional automatic thoughts (ADPs) have emerged as significant areas of interest. While the relationship between these two constructs has been extensively studied in general populations, their interaction in older adults with MCI still requires further understanding. The present paper focuses on exploring the relationship between PADs and anxiety levels in older adult patients with MCI at the "Plenitud" Geriatric Center. By better understanding this relationship, we can identify key points for therapeutic interventions aimed at improving the mental health and well-being of this vulnerable population.

### ***Keywords***

Automatic dysfunctional thinking, anxiety, older adults, mild cognitive impairment

### **Introducción**

El envejecimiento demográfico es un fenómeno global que plantea importantes desafíos para la salud pública, particularmente en lo que respecta a la salud mental de los adultos mayores. En este contexto, el deterioro cognitivo leve (DCL) ha emergido como un problema de salud significativo, caracterizado por alteraciones cognitivas sutiles que no interfieren significativamente con las actividades de la vida diaria. Sin embargo, la presencia de DCL puede ser un factor de riesgo para el desarrollo posterior de demencia. Además, se ha observado una alta comorbilidad entre el DCL y trastornos de ansiedad, lo que plantea

interrogantes sobre la naturaleza de esta asociación y su posible implicación en la progresión del deterioro cognitivo. En este contexto, el presente estudio se centra en explorar la relación entre los pensamientos automáticos disfuncionales (PAD) y los niveles de ansiedad en adultos mayores con DCL, específicamente en el contexto del Centro Geriátrico "Plenitud". Al comprender mejor esta relación, se pueden identificar estrategias de intervención específicas para mejorar la salud mental y el bienestar de esta población en crecimiento.

### ***Metodología***

El proceso investigativo metodológico se basó en una investigación de tipo correlacional con un diseño documental y un enfoque cualitativo. La población objetivo consistió en adultos mayores residentes permanentes del Centro Geriátrico "Plenitud", especializado en el cuidado de personas de la tercera edad, particularmente aquellos con deterioro cognitivo leve. La muestra del estudio estuvo compuesta por 25 pacientes que cumplían con criterios de inclusión específicos, tales como el diagnóstico de deterioro cognitivo leve y la residencia permanente en el centro. Se aplicó un enfoque cualitativo e inductivo para analizar la relación entre el pensamiento automático disfuncional y los niveles de ansiedad en esta población. Para recopilar datos, se emplearon diversas técnicas, incluyendo entrevistas semiestructuradas, observación participante, análisis documental y grupos focales. Además, se utilizaron instrumentos como la Historia Clínica, el Inventario de Pensamientos Automáticos Ruiz y Lujan, la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) para medir variables relevantes.

### **Resultados – Discusión**

Los resultados de las evaluaciones cognitivas, de ansiedad y de pensamientos automáticos disfuncionales revelan un panorama integral de la salud mental y cognitiva de la muestra estudiada. Se observa una prevalencia predominante de deterioro cognitivo leve, lo que destaca la necesidad de intervenciones preventivas y de gestión del deterioro cognitivo. Además, se identificó una alta frecuencia de ansiedad somática y psíquica en la muestra,

subrayando la importancia de abordar ambos tipos de síntomas en el tratamiento de la ansiedad. Los resultados también resaltan la presencia de diversos pensamientos automáticos disfuncionales, como la Falacia de Recompensa Divina y el Catastrofismo, que pueden contribuir a la ansiedad y al deterioro cognitivo en estos pacientes. Estos hallazgos sugieren la importancia de un enfoque terapéutico integral que combine intervenciones cognitivas, conductuales y emocionales para mejorar la calidad de vida y el bienestar general de los pacientes.

### **Conclusiones**

Basándonos en los datos proporcionados de las escalas de evaluación cognitiva, ansiedad y pensamientos automáticos disfuncionales, se desglosan las siguientes conclusiones generales:

1. No se encontró una asociación significativa entre los pensamientos automáticos disfuncionales y la incidencia de estos en el nivel de ansiedad de pacientes adultos mayores del centro Geriátrico "Plenitud", ya que el valor obtenido a través de Chi cuadrada es de 5,79%, el cual se encuentra por debajo de los valores de -21.03 y +21.03 encontrándose por debajo de la zona de comprobación de correlación.
2. La prevalencia de Falacia de Recompensa Divina que es el pensamiento automático más frecuente con un 29,2%, seguido de por Los Debería con 29.2% y la Falacia del Cambio con 20.8%, presentes en 7 y 5 ocasiones respectivamente. Otros tipos de pensamientos, como la Falacia de Justicia, Sobregeneralización con 4.2% y Filtraje 4.2%, son menos comunes en esta muestra.
3. Existe elevados niveles de ansiedad somática en la población evaluada con la ansiedad somática prevalente en 14 pacientes, mientras que la ansiedad psíquica afecta a 11 pacientes, mostrando una distribución equilibrada entre ambos tipos de ansiedad en la muestra con el análisis estadístico.

## Recomendaciones

1. Realizar evaluaciones cognitivas regulares para monitorear la progresión del deterioro cognitivo y detectar cualquier cambio temprano en la función cognitiva de los pacientes.
2. Implementar un enfoque terapéutico integral que aborde tanto los aspectos cognitivos como emocionales de los pacientes adultos mayores que se encuentran en residencia Geriátrica de “Plenitud”.
3. Incorporar estrategias de intervención que atiendan tanto los síntomas somáticos como los psíquicos de la ansiedad, reconociendo la complejidad del trastorno de ansiedad.
4. Considerar la terapia cognitivo-conductual como una intervención principal para abordar los pensamientos automáticos disfuncionales y reducir la ansiedad.
5. Proporcionar técnicas y herramientas específicas para identificar y desafiar los pensamientos automáticos negativos, promoviendo una visión más realista y adaptativa de la realidad.
6. Brindar apoyo emocional y educación a los pacientes y sus familias sobre el proceso de deterioro cognitivo, la ansiedad y los pensamientos automáticos disfuncionales.
7. Fomentar la participación activa del paciente en su propio cuidado, alentándolos a aprender y practicar habilidades de afrontamiento efectivas.
8. Mantener una comunicación abierta y colaborativa entre el equipo de atención médica, los pacientes y sus cuidadores para garantizar una atención integral y centrada en el paciente.

## Referencias

- Alencastro, J. (2021). Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1), 140-164.
- Ayala, E. (2003). *Guía de Atención Integral en Salud Mental para el Adulto Mayor*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Obtenido de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Chipana, E. G. (Noviembre de 2020). *ANÁLISIS CORRELACIONAL DE LA FORMACIÓN ACADÉMICO-PROFESIONAL Y CULTURA TRIBUTARIA DE LOS ESTUDIANTES DE MARKETING Y DIRECCIÓN DE*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n6/2218-3620-rus-12-06-478.pdf>
- Cedeño, J. (2020). *Pensamientos automáticos y su repercusión en los síntomas de estrés postraumático en una mujer adulta estudiante de tercer nivel de educación superior* (Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2020).
- Clark, D., & Beck, A. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.
- Davis, P. (2014). *Cognición y Aprendizaje*. Londres: SIL International.
- Eliot, A. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. Obtenido de <http://psiqueviva.com/wpcontent/uploads/2014/01/Ellis-Manual-de-terapia-racional- emotiva.-Vol.-II.pdf>

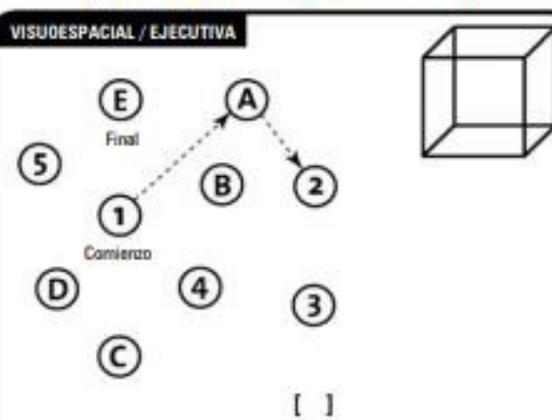
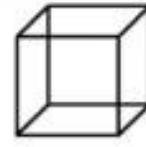
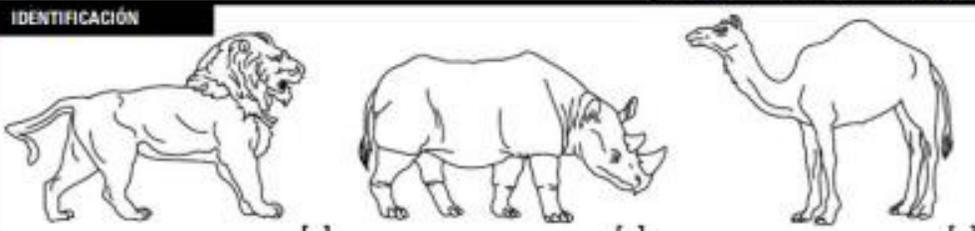
- Gonzalez, D., Barreto, A., & Salamanca, Y. (2017). Terapia cognitiva, antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 19. Obtenido de Cognitive Therapy.
- Grupe, D., & Nitschke, J. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: An integrated neurobiological and psychological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(7), 488-501.
- Guevara Alban, G. P., Verdesoto Arguello, A., & Castro Molina, N. (26 de Agosto de 2020). *Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción)*. Obtenido de Dialnet-MetodologiasDeInvestigacionEducativaDescriptivasEx-7591592.pdf
- Mapi. (2017). *MoCA Versión 8.1*. Obtenido de <https://championsforhealth.org/wp-content/uploads/2018/12/MOCA-8.1-Spanish.pdf>
- Mendoza, E. (2020). *EL ADULTO MAYOR EN LA SOCIEDAD ACTUAL*. Obtenido de <file:///C:/Users/DIEGO/Downloads/Dialnet-EIAdultoMayorEnLaSociedadActual-6261720.pdf>
- Mora, Á. (2023). *Manual de psicogerontología*. Aula Magna.
- Nasreddine MD, Z. (Junio de 2017). *MoCA Version 8.1*. Obtenido de <https://catch-on.org/wp-content/uploads/2016/12/MoCA-Test-Spanish.pdf>
- Novoa, C. A. (2017). *Generalidades del enfoque cuantitativo*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/326424046.pdf>
- O. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales*. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Quintero, M. (2011). *La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2ª Edición*. Washington, D.C.: © Organización Panamericana de la Salud.

- Rodriguez, L. (2020). *Disfuncionalidad del pensamiento y su influencia en la respuesta emocional de un adolescente en crisis* (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB, 2020).
- Rueda, S. (2011). *CONCEPTOS BÁSICOS EN INVESTIGACIÓN*. Obtenido de <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
- Sánchez, K., Vélez, R., & Rivera, G. (2023). Promoviendo el envejecimiento saludable el papel enfermo en la atención geriátrica. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 8(9), 1613-1624.
- Santana, D., & Vergara, L. (2022). La falta de oportunidades laborales a los adultos mayores en Ecuador. *Universidad y Sociedad*, 14(S1), 572-579.
- Senado, J. (2020). El riesgo de acelerar con la conducta individual, el envejecimiento, las enfermedades y la muerte. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2).
- Sepúlveda, W., Dos Santos, R., Tricanic, R., & Suziane, V. (2020). Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37, 341-349.
- Tabares, C. (2018). Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos en cutters adolescentes: un estudio de casos Cognitive distortions and automatic thoughts in teen cutters: a case study. *UNACIENCIA. Revista de Estudios e Investigaciones*, 59.
- Tancara, C. (2015). *LA INVESTIGACION DOCUMENTAL*. Obtenido de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rts/n17/n17a08.pdf>
- Valdivia, P. (2021). *Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Ecuador*. Ecuador: Co-publicación BID-Eurosocial.

Anexos

Anexo 1

Test de Moca

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)		NOMBRE: _____ Nivel de estudios: _____ Sexo: _____		Fecha de nacimiento: _____ FECHA: _____			
<b>VISUOESPACIAL / EJECUTIVA</b> 		<b>Copiar el cubo</b> 		<b>Dibujar un reloj (Once y diez)</b> (3 puntos)		Puntos ___/5	
<input type="checkbox"/> Cortamos <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas							
<b>IDENTIFICACIÓN</b> 							___/3
<b>MEMORIA</b> Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRD	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
1er intento							
2º intento							
<b>ATENCIÓN</b> Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2							___/2
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		<input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB					___/1
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.							___/3
<b>LENGUAJE</b> Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espera que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>							___/2
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)							___/1
<b>ABSTRACCIÓN</b> Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla							___/2
<b>RECUERDO DIFERIDO</b> Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRD	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
Optativo							
Pista de categoría Pista elección múltiple							
<b>ORIENTACIÓN</b> <input type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad							___/6
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		<b>TOTAL</b> _____ /30 Añade 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios			

## Anexo 2

### Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján

A continuación, tiene una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos (pensando en general, no en situaciones concretas para cada una de ellas), siguiendo la escala:

0 = Nunca pienso eso;

1 = Algunas veces lo pienso;

2 = Bastantes veces lo pienso;

3 = Con mucha frecuencia lo pienso.

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2. Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3. Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4. Sé que piensan mal de mí	0	1	2	3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6. Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!	0	1	2	3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0	1	2	3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11. Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16. Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17. Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18. Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19. Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21. Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26. Alguien que conozco es un imbécil.	0	1	2	3
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28. No debería cometer estos errores	0	1	2	3
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30. Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31. Es insostenible, no puedo aguantar más.	0	1	2	3
32. Soy incompetente e inútil.	0	1	2	3
33. Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34. Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36. La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37. Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41. Soy un neurótico	0	1	2	3
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43. Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

## Anexo 3

**Escala de Ansiedad de Hamilton****ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON****Nombre****Fecha**

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4