

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ANSIEDAD Y PERCEPCIÓN DE ABANDONO EN ADULTOS
MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA
NOVIEMBRE 2017**

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

DE LA CRUZ ARCOS HEYDI MARÍA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ICA - PERÚ

2018

ASESORA: Mg. CARMEN EMILIA BENDEZÚ SARCINES

AGRADECIMIENTO

- En primer lugar agradecer a Dios por su infinita bondad que me permite sonreír ante todos mis logros que son gracias a su intervención.

- A mi familia, a mis padres porque gracias a ellos mi meta está cumplida.

- Este logro es también gracias a mi Alma Mater la Universidad Privada San Juan Bautista y a la Escuela Profesional de Enfermería, quienes me acogieron en sus aulas durante los años de mi formación profesional.

- A los ciudadanos adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza, quienes participaron en la investigación.

- A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería por sus enseñanzas y esfuerzos para que finalmente pudiera concluir mi profesión.

- A mi asesora por el aporte con sus conocimientos en la elaboración del trabajo de investigación.

DEDICATORIA

A mis amados padres y hermanas quienes con sus palabras de aliento me han impulsado a seguir adelante y a perseverar para cumplir mis ideales.

RESUMEN

La ansiedad es un trastorno que experimenta todo paciente hospitalizado, más aún si es adulto mayor y si ésta se relaciona con la percepción de abandono. La investigación tiene por objetivo determinar el nivel de ansiedad y la percepción de abandono en los adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica Noviembre 2017. El estudio es cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal, la muestra la constituyen 56 pacientes seleccionados a través del muestreo no probabilístico intencional. La técnica fue la entrevista con su instrumento la guía de entrevista estructurada en base al Test de Hamilton y al Test de Gestalt. Resultados: Según los datos generales el 53,6% (30) tienen 71 a 80 años, el 55% (31) son de sexo femenino, el 46,4% (26) son casados, el 48,2% (27) tienen instrucción secundaria y el 30,3% (17) tienen de 9 a 10 días de hospitalización; en relación a la ansiedad psíquica de los pacientes adultos mayores, el 53,7% (35) tienen ansiedad leve, el 43,5% (19) tienen ansiedad moderada y solo el 2,8% (02) están normales; referente a la ansiedad somática el 86,5% (49) tienen ansiedad leve, el 7,9% (05) tienen ansiedad moderada y el 5,6% (02) están en un estado normal. Respecto a la percepción de abandono que manifiestan los pacientes, el 33,9% (19) se percibe ligeramente abandonado, en el 28,6% (16) respectivamente, no percibe abandono y está medianamente abandonados, mientras que el 8,9% (05) refieren estar muy abandonados, no habiendo pacientes que estén totalmente abandonados. Conclusiones: El nivel de ansiedad según ansiedad psíquica y ansiedad somática, es leve; la percepción de abandono según teoría de Gestalt, es ligeramente abandonado en los adultos mayores del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, por lo tanto se rechaza la hipótesis de la investigación.

Palabras clave: Adulto mayor, ansiedad, abandono.

ABSTRACT

Anxiety is a disorder experienced by the entire hospitalized patient, especially if it is an older adult and if it is related to the perception of abandonment. The objective of the research is to determine the level of anxiety and the perception of abandonment in the elderly of the Medicine service of the Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica November 2017. The study is quantitative, descriptive, non-experimental and transversal, the sample consists of 56 patients selected through intentional non-probabilistic sampling. The technique was the interview with his instrument structured interview guide based on the Hamilton Test and the Gestalt Test. Results: According to the general data, 53.6% (30) are 71 years old to 80 years old, 55% are female children, 46.4% are married 48.2% (27) the instruction secondary and 30.3% (17) have 9 to 10 days of hospitalization; In relation to the psychic anxiety of older adults, 53.7% (35) have mild anxiety, 43.5% (19) have moderate anxiety and only 2.8% (02) are normal; Regarding somatic anxiety, 86.5% (49) have mild anxiety, 7.9% (05) have moderate anxiety and 5.6% (02) are in a normal state. Regarding the perception of abandonment that patients show, 33.9% (19) is perceived as slightly abandoned, in 28.6% (16) respectively, no abandonment perceived and it is moderately abandoned, while 8.9 % (05) have been left very abandoned, there being no patients who are totally abandoned. Conclusions: The level of anxiety according to psychic anxiety and somatic anxiety is slight; the perception of abandonment according to Gestalt theory, is deficient abandoned in the elderly of the medical service Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, as regards the hypothesis of the investigation.

Keywords: Older adult, anxiety, abandonment.

PRESENTACIÓN

Los adultos mayores hospitalizados, experimentan ansiedad en distintos niveles, muchos de ellos también son abandonados por sus familiares en los nosocomios, quedando al desamparo familiar y social, lo cual aunado a la ansiedad, produce un desgaste anímico y desilusión convirtiéndose en un gran problema de salud física y mental.

El objetivo del estudio es determinar el nivel de ansiedad y la percepción de abandono en los adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica noviembre 2017.

La investigación se considera importante, pues la ansiedad y abandono del adulto mayor son contrariedades que se observa muy a menudo sobre todo en instituciones hospitalarias del Estado, convirtiéndose en un gran problema para la salud pública, pues el Estado se ve comprometido a solventar los gastos que derivan de los cuidados y asistencia que se brinda al adulto mayor en estado de abandono.

Los resultados se darán a conocer al Departamento de Enfermería de la institución, quien debe considerar la necesidad de instaurar medidas que ayuden a valorar la ansiedad y estado de abandono de los adultos mayores, los que serán propicios para identificar oportunamente los problemas que esté atravesando el usuario durante su estancia hospitalaria.

El trabajo consta de cinco capítulos, Capítulo I: Planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación del problema y propósito. Capítulo II: Presenta los antecedentes, la base teórica, la hipótesis, las variables de estudio, y la definición operacional; Capítulo III: Metodología de la investigación incluye tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, diseño, el procesamiento y análisis de datos; Capítulo IV: Análisis de los resultados. Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

Finalizando con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS.....	XI
LISTA DE ANEXOS.....	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
I.c. OBJETIVOS	14
I.c.1.GENERAL.....	14
I.c.2.ESPECÍFICO.....	14
I.d. JUSTIFICACIÓN.....	15
I.e. PROPÓSITO.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	17
II.b. BASE TEÓRICA	22
II.c. HIPÓTESIS.....	35
II:D. VARIABLES.....	35

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS....	35
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
III.a. TIPO DE ESTUDIO.....	37
III.b. ÁREA DE ESTUDIO.....	37
III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
III.d.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS.....	38
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
IV.a. RESULTADOS.....	40
IV.b. DISCUSIÓN.....	44
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
V.a. CONCLUSIONES.....	49
V.b. RECOMENDACIONES.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	56
ANEXOS.....	58

LISTA DE TABLAS

N°	TÍTULO	N° Pág.
1	DATOS GENERALES DE PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2017.	40
2	ANSIEDAD PSÍQUICA EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2017.	77
3	ANSIEDAD SOMÁTICA EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2017.	77
4	PERCEPCIÓN DE ABANDONO EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2017.	78

LISTA DE GRÁFICOS

N°	TÍTULO	N° Pág.
1	ANSIEDAD PSÍQUICA EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2017.	41
2	ANSIEDAD SOMÁTICA EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2017.	42
3	PERCEPCIÓN DE ABANDONO EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2017.	43

LISTA DE ANEXOS

N°	TÍTULO	N° Pág.
ANEXO N°1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	59
ANEXO N°2	INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	62
ANEXO N°3	TABLA DE CODIFICACIÓN.	68
ANEXO N°4	PRUEBA DE ALFA DE CRONBACH PARA LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.	70
ANEXO N°5	TABLA MATRIZ.	71
ANEXO N°6	TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES.	77
ANEXO N°7	CONSENTIMIENTO INFORMADO	79

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I. a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 2000 y el 2050, los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 en el transcurso de medio siglo.¹

La OMS refiere que más del 20% de las personas adultas mayores sufren de algún trastorno mental o neuronal; los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor.²

Según la OMS y la OPS, uno de cada 6 ancianos ha sido objeto de maltrato en el año 2016, considerando maltrato (maltrato físico, psicológico, afectivo, sexual, económico, desatención o abandono).³

En México de los más de 12 millones de adultos mayores, el 80% viven en condiciones de pobreza y abandono; el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de México, ha documentado que tres de cada cinco ancianos sufren violencia dentro de la familia y el 16% sufre de algún grado de abandono y maltrato.⁴

Según la Secretaría de Integración Social de Colombia, al día son abandonados dos personas mayores de 60 años, 730 son dejados en hospitales o calles por parte de sus propios familiares; cerca del 10% está en condiciones de indigencia, el 25% en la pobreza y el 12% vive solo.⁵

En el Perú, el proceso de envejecimiento de la población, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017. Al segundo trimestre del año 2017 el 41,8% de los hogares tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. Del total de hogares del país el 27,2% tiene como jefe de hogar un adulto mayor, según sexo existen más mujeres que hombres adultos mayores como cabeza de hogar. El

21,7% de hogares de los adultos mayores son unipersonales (compuesto sólo por el/la adulto/a mayor). El 14,8% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 40,8% alcanzó estudiar primaria, el 23,3% secundaria y el 21,0% superior. El 78,7% de la población adulta mayor femenina y el 72,9% de la población adulta mayor masculina, presentó algún problema de salud crónico; el 80,9% tiene algún tipo de seguro de salud.⁶

Es común ver en las instituciones hospitalarias, pacientes adultos hospitalizados por diferentes causas, por lo que es notorio el estado de ansiedad que presentan y también el abandono tanto familiar y social que experimentan, muchos refieren “ya mi familia se ha olvidado de mí”, “creo que hoy no vendrán a visitarme”, “deseo irme a mi casa porque me siento muy triste y deprimido”, entre muchas otras expresiones; todo lo mencionado motiva a realizar la siguiente interrogante:

I. b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el nivel de ansiedad y percepción de abandono en los adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica Noviembre 2017?

I. c. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Determinar el nivel de ansiedad y la percepción de abandono en los adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica Noviembre 2017.

Objetivo específico 1: Valorar el nivel de ansiedad en los adultos mayores del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza, de acuerdo a:

- Ansiedad psíquica
- Ansiedad somática.

Objetivo específico 2: Identificar la percepción de abandono en los adultos mayores del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza, de acuerdo a:

- Escala según Teoría de Gestalt.

I. d. JUSTIFICACIÓN:

La investigación se considera importante, en vista de que el adulto mayor hospitalizado experimenta altos estados de ansiedad durante su estancia hospitalaria, además de sentirse abandonado, lo que se observa muy a menudo sobre todo en instituciones hospitalarias del Estado, convirtiéndose en un gran problema de salud pública, pues el Estado se ve comprometido a solventar los gastos que derivan de los cuidados y asistencia que se brinda al adulto mayor en estado de abandono.

Desde el aspecto práctico se considera un aporte importante, en vista que el profesional de enfermería puede hacer uso de instrumentos validados para establecer el estado de ansiedad y el grado de abandono de los adultos mayores, de ésta manera en coordinación multidisciplinaria adoptar las medidas pertinentes para su cuidado y decisiones posteriores que adoptará la institución hospitalaria.

Metodológicamente se procura aportar instrumentos de valoración de la ansiedad y estado de abandono, los cuales han sido empleados en la investigación.

Se considera importante pues la población beneficiada, serán los adultos mayores, quienes deben ser considerados por la familia y la sociedad, como fuente de conocimiento, sabiduría, experiencia y sobre todo seres dignos de reconocimiento y respeto.

I. e. PROPÓSITO:

Los resultados de la investigación, se darán a conocer al Departamento de Enfermería de la institución, quien debe considerar la necesidad de instaurar medidas que ayuden a valorar la ansiedad y estado de abandono de los adultos mayores, los que serán propicios para identificar oportunamente los problemas que esté atravesando el usuario durante su estancia hospitalaria.

Se pretende que sirva de referencia para otros trabajos en el campo de enfermería, que contribuyan a seguir solucionando los problemas de los adultos mayores y mejorar la intervención de enfermería al respecto.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II. a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

Cardona E. En el año 2015 realizó una investigación cuali-cuantitativa con el objetivo de identificar las características de **ABANDONO DEL ADULTO MAYOR ENFERMO POR PARTE DE SU FAMILIA, EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, E.S.E, DE ARMENIA, QUINDÍO, COLOMBIA.** Método: La presente investigación ha utilizado el método cuantitativo y cualitativo, poniendo como precedente las situaciones de precariedad y abandono del adulto mayor enfermo en el Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Armenia, Quindío. Resultados: Los adultos mayores enfermos abandonados son en su mayoría hombres, con un 16.6%, posiblemente por rechazo de su prole o situaciones del pasado. Sin embargo, esta puede ser una línea de investigación nueva, en futuros trabajos”. Conclusiones: “Los adultos mayores del Hospital San Juan de Dios de Armenia en un gran porcentaje son de un alto grado de vulnerabilidad por parte de sus familiares por las siguientes causas: abandono, que se hace evidente en los espacios prolongados de soledad, sumado a esto las condiciones de pobreza de la mayoría de las personas que acuden a los servicios de hospitalización.⁷

Zúñiga A, Pasquel P. En el año 2012 realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de describir la **PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN CUANTO AL ABANDONO DE SUS FAMILIARES – MÉXICO.** Metodología. Diseño descriptivo y transversal. Universo de estudio 100 adultos mayores en el Hospital General del ISSSTE, de Acapulco Guerrero. La recolección de la información, se obtuvo mediante tres escalas validadas: Katz, Lawton Brody y Recursos sociales; se diseñó una escala para medir la percepción de abandono, con un Alpha Cronbach 0.8947; el análisis se realizó a

través del paquete SPSS v.17. Resultados. “La edad que predominó fue de 60-69 años; 51% femenino y 49% masculino; el 51% eran viudos, 34% casados, 10% divorciados. La escala de Lawton Brody, muestra que 70% son independientes para manejar sus recursos financieros; en la escala de recursos sociales, 67% se encuentran socialmente deteriorados. De la escala de percepción de abandono, 49% de los viudos se perciben muy y totalmente abandonados. El 53% siente que son una carga para la familia, 18% creen que es por su vejez y el 13% por su enfermedad, 34% se sienten abandonados en el hospital, 33% no recibe visitas desde que lo hospitalizaron, 67% sí los visitan, al 44% quienes los visitan son sus hijos. Conclusión. El adulto mayor se percibe abandonado tanto por sus características físicas, como económicas y sociales, tanto en el hogar como en el hospital”.⁸

Durán J. En el año 2012 realizó un estudio de tipo cualitativo y observacional con el objetivo de Identificar y Analizar la **PERCEPCIÓN DE LOS ADULTOS Y LAS ADULTAS MAYORES SOBRE SU RELACIÓN CON LA FAMILIA, EL CONTEXTO SOCIAL Y EL ESTADO. FUNDACIÓN COMUNIDAD GERIÁTRICA “JESÚS DE NAZARETH”, CUENCA – ECUADOR.** Metodología. El grupo investigado está conformado por 15 adultos mayores de más de 65 años de edad, género masculino y femenino. “La primera percepción de los adultos mayores en torno a su familia, hace referencia a su relación con los hijos; así, el 50% asegura que mantiene una relación buena con sus hijos, el 40% dice que la relación es excelente, y un 10% mantiene una mala relación con sus hijos. Sobre las percepciones de los adultos mayores en torno a la sociedad, observamos que el 67% no acude usualmente a reuniones sociales, mientras que el 33% sí lo hace. Conclusión: La unión de los adultos mayores en actividades concretas que se realizaron en el trabajo con el grupo focal, es totalmente productiva, en donde se

aprendió del gran bagaje de conocimientos que guardan los adultos mayores, sus sentimientos tan profundos de amor y de perdón”.⁹

Paucar L, Quezada V. En el año 2012 realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar el **ABANDONO FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR DE LA CASA HOGAR DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ DE LA CIUDAD DE LOJA ECUADOR**. Para ello se utilizó el método científico para la recopilación y análisis de la información así como el apoyo de los métodos analítico, inductivo, deductivo, cuali-cuantitativo y descriptivo; técnicas como la encuesta dirigida al Equipo Operativo que laboran en la institución para conocer sobre la incidencia del abandono familiar en el estado emocional, así como los principales estados de ánimo que experimenta el adulto mayor. “De los datos obtenidos se establece que el abandono familiar incide significativamente en el estado emocional del adulto mayor de la Casa Hogar Daniel Álvarez Sánchez, considerándose además que la razón por la cual ingresan a la institución es por abandono, así como el estado de ánimo que presenta el adulto mayor interno es de tristeza, lo que evidencia la incidencia del abandono familiar en el estado emocional de los adultos mayores. Del total de la población encuestada, 12 investigados que corresponden al 70% manifiestan que el abandono familiar si incide en el estado emocional del adulto mayor, un total de 5 personas que pertenecen al 30% evidencian que no influye el abandono familiar en el estado emocional de los ancianos”.¹⁰

Delgado J. En el año 2012 realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con el objetivo de describir el **ABANDONO FAMILIAR Y CONDUCTAS SOCIALES EN ADULTOS MAYORES; CENTRO DEL BUEN VIVIR MIES FEDHU- 2012 GUAYAQUIL, ECUADOR**. Material y método: La modalidad del trabajo es de tipo

cualitativa, así mismo con el empleo de técnicas estructuradas y utilizadas dentro de la práctica Clínica Psicológica. La población y muestra han sido los adultos mayores del Centro del Buen Vivir MIES-FEDHU. “De los análisis de resultados se hace evidente que los adultos mayores que hacen parte de la problemática, el abandono familiar, impacta de forma directa sobre el sistema de pensamiento y conducta, pero de aquello la familia tienen un papel importante que debe de ser atendido para el mejoramiento de los adultos/as mayores, familiares, y comunidad en general”.¹¹

Llange J. En el año 2016 realizó una investigación transversal con el objetivo de determinar la asociación entre el **APOYO SOCIAL Y EL GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS DE LAS SALAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2016. PERÚ**. Material y métodos: Estudio analítico prospectivo. Resultados: “Se encontró que el 35,9 % de los pacientes tenían depresión. Esta se asoció con el apoyo social bajo (OR: 3.78 IC95%: 2.27-6.32), tener 1 o 2 visitas en promedio por mes frente a 3 (OR: 2.68 IC95%: 1.21-6.53), sexo femenino (OR: 2.36 IC95%: 1.32-4.31), tener 65 años a más (OR: 2.96 IC95%: 1.67-5.27), estar soltero o viudo (OR: 2.88 IC95%: 1.76- 4.71), tener diabetes mellitus 2 como comorbilidad (OR: 1.76 IC95%: 1.03-3.01) y tener hipertensión arterial como comorbilidad (OR: 1.75 IC95%: 1.03-2.96). Conclusión: Se halló asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el apoyo social bajo, número de visitas, sexo, edad, estar soltero o viudo, tener diabetes mellitus 2 o hipertensión arterial como comorbilidad en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte”.¹²

Salazar C. En el año 2015 realizó una investigación descriptiva y cuantitativa con el objetivo de determinar la **PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA-PERÚ. Método:104 pacientes seleccionados entre el mes de julio a diciembre del 2015 que fueron admitidos en las diferentes salas del servicio de Medicina (sala Julián Arce, Santo Toribio, San Andrés y Santa Ana), de los cuales todos ellos cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: “Se estudiaron 104 pacientes, con una edad media entre 45,7 años, el 50% eran varones y el otro 50% mujeres. La ansiedad estaba presente en el 23,1% los pacientes mientras que la depresión en el 27,88%. La ansiedad estaba presente en el 26.92% de las mujeres y 19,25% de los varones ($p=0,003$) y la depresión en el 100% de varones y 98,07% de las mujeres ($p=0,006$), cabe resaltar que el grado que se presentó con mayor frecuencia fue el de depresión moderada. Los pacientes con ansiedad y depresión no estaban más graves según el índice de APACHE. Los pacientes con ansiedad tenían menos edad (entre 27,1 años en promedio), menor escolarización (educación secundaria) de la misma manera que los pacientes con depresión. Conclusiones: La prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a un menor tiempo de estancia hospitalaria”.¹³

Palacios C. En el año 2014 realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal con el objetivo de Determinar **LA FRECUENCIA DE SUBDIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD VILLA LOS REYES DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014, CALLAO-PERU 2014.** Diseño de estudio: Estudio no experimental, descriptivo y de corte transversal. Materiales y métodos: “Se halló 125 probables casos de depresión y/o ansiedad por test de Zung y se determinó frecuencias y porcentajes de las variables con el programa Microsoft Excel”. Resultados: “De 91 probables casos de depresión (75 leve, 15

moderada y 1 severa) y 91 de ansiedad (79 leve, 11 moderada y 1 severa), 2 y 4 obtuvieron la presunción diagnóstica del médico, respectivamente. Conclusiones: Existe alta frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad tanto del médico cirujano como del especialista no psiquiatra”.¹⁴

Los trabajos de investigación empleados como antecedentes, muestran resultados significativos respecto a la ansiedad y abandono de los adultos mayores, demuestran que existe ansiedad en la mayoría de los pacientes hospitalizados, manifestados de diferentes maneras, también refieren que un porcentaje significativo de adultos mayores, se encuentran abandonados, ya sea por parte de su familia o en un abandono social, los estudios ha sido empleados en la discusión de la investigación, apoyando también el aspecto metodológico y la formulación de las hipótesis.

II. b. BASE TEÓRICA:

ANSIEDAD:

La ansiedad “es un tipo de reacción que solo experimentan los humanos, puesto que implica pensamientos, comportamientos, reacciones fisiológicas y experiencias emocionales que presenta el hombre ante situaciones de conflicto” (necesidad de tomar decisiones, o desarrollar acciones en las que hay más de una alternativa potencialmente correcta).¹⁵

Guy William mencionado por Resnik P, Cascardo E., describe a la ansiedad como “un sentimiento de intranquilidad, impotencia, aprensión, nerviosismo y preocupación que se acompaña, en ocasiones de una sensación de temor o desgracia a una amenaza física o psíquica para el individuo, siendo habitual que esto nos identifique el objeto real de la ansiedad, este autor considera que la ansiedad es fácilmente contagiosa”.¹⁶

La ansiedad va a ser generalmente definida como “un subtipo de miedo, entendido este como un impulso aprendido, como una disrupción en la homeostasis del organismo producida por una estimulación dolorosa. Este enfoque se apoya en las teorías de aprendizaje. Los componentes fisiológicos y conductuales se estudian unitariamente y se postula una relación causal entre ellos”.¹⁷

La ansiedad una vivencia universal, “puede ser una reacción a impulso reprimido o agresivo que amenaza con desbordar las defensas psicológicas a una persona que siente ansiedad quizás esté intranquilo aprensivo además de tener una vaga sensación de temor, los sentimientos de impotencia y la falta de adecuación e inseguridad surgen como respuestas a exigencias o amenazas del entorno”.¹⁸

Situaciones que pueden generar ansiedad:

Diferentes tipos de situaciones pueden generar ansiedad, entre ellas:

- Percepción de riesgo de peligro físico
- Amenazas directas
- Evaluaciones
- Situaciones o resultados inciertos (en las cuales la persona invierte sentimientos, dinero, seguridad, estabilidad o salud)
- Enfrentamientos a elementos fóbicos
- Pérdida de control (sobre resultados, situaciones, conductas, etc.)

Situaciones varias que puedan disparar una señal de alarma de acuerdo a la personalidad y circunstancias de cada persona en particular.¹⁹

Dimensiones de la ansiedad:

Ansiedad psíquica: Son aquellos trastornos o manifestaciones psicológicas que se presentan en las personas que están padeciendo un cuadro de ansiedad.

- **Estado de ánimo ansioso:** Dentro de ellas está considerada las preocupaciones, aprensión, irritabilidad y anticipación temerosa a los eventos que puedan ocurrirle.
- **Tensión:** Considerando la imposibilidad de poder relajarse, reacciones de sobresalto, tendencia al llanto, temblores y sensación de inquietud.
- **Temores:** A lo desconocido, a la oscuridad, a quedarse solo, al abandono familiar.
- **Insomnio:** Manifestado por la dificultad para dormir, interrupción del sueño, sueño insatisfecho y cansancio al despertar.
- **Intelectual:** Por lo general se manifiesta por la dificultad que tiene el adulto mayor para concentrarse y muchas veces pérdida de la memoria.
- **Estado de ánimo deprimido:** Se evidencia la pérdida de interés, insatisfacción en los diferentes aspectos de su vida, depresión, despertar prematuro, cambio de humor repentino en el transcurso del día.
- **Comportamiento:** Considerando el comportamiento durante la entrevista, se puede evidenciar al paciente tenso, no relajado, con agitación nerviosa que se manifiesta por apretar sus manos, entrelazar los dedos, enrollar un pañuelo; inquietud llegando el paciente a pasearse de un lugar a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, suspiros, palidez facial, tragar saliva constantemente, tics, sudoración y otros.

Ansiedad somática: Se refiere a los cambios físicos que experimenta la persona con ansiedad.

- **Síntomas somáticos musculares:** El individuo puede percibir algunos síntomas como tensión muscular, dolores musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, crujir de dientes, voz temblorosa, temblores musculares, movimientos repetitivos, hiperactividad y otros similares.
- **Síntomas somáticos sensoriales:** Manifestado por zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad y sensación de ahogos.
- **Síntomas cardiovasculares:** Dentro de los cuales podemos encontrar taquicardia o pulso acelerado, elevación de la tensión arterial, sensación de presión baja o desmayos, arritmias, palpitaciones, dolor de pecho. Palidez o rubor, entre otros.
- **Síntomas respiratorios:** Encontrando sensación de ahogo o falta de aire, sensación de opresión o compresión en el pecho, suspiros, ritmo respiratorio acelerado y superficial.
- **Síntomas gastrointestinales:** Pudiendo presentar náuseas, sensación de atragantamiento o dificultad para tragar, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), pérdida de peso y estreñimiento.
- **Síntomas genitourinarios:** Manifestado por micción urgente, micción frecuente, amenorrea, menorrea, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección e impotencia.
- **Síntomas autónomos:** Evidenciado por boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta) entre otros.

Para fines de la investigación se hizo uso de la escala de ansiedad de Hamilton que fue diseñada en 1959, inicialmente constaba de 15 ítems, posteriormente en 1969 fue modificada quedando con 14 ítems, se trata de una escala hetero administrada, el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad

como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems, el rango es de 0 a 56 puntos, se puede obtener además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12 y 13).

Es una escala de evaluación clínica de 14 reactivos que se califican del 0 (ausente) al 4 (intensidad máxima) para evaluar: “humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, síntomas musculares, sensoriales, gastrointestinales, respiratorios, cardiovasculares, genitourinarios y vegetativos; ha sido ampliamente utilizada con fines clínicos y de investigación. Esta traducida a varios idiomas”.²⁰

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1969) “se trata de una escala administrada por un clínico tras una entrevista. A partir de la escala se obtienen dos puntuaciones: ansiedad psíquica y ansiedad somática”.²¹

La escala de valoración de la ansiedad de Hamilton (HRSA, Hamilton Rating of Anxiety) “es una escala de valoración clínica de 14 ítems que evalúa la gravedad de síntomas predominantes biológicos y conductuales de la ansiedad. Cada síntoma se valora sobre una escala de 0 (no presente) a 4 (muy grave/incapacitante) con descripciones sintomáticos de cada ítem”.²²

Medidas preventivas de la ansiedad

Dentro de los objetivos de la prevención de la ansiedad se describen:

Prevención Primaria:

- a) Identificar a los individuos de alto riesgo para introducir estrategias para reducir ese riesgo: “tomar en cuenta, factores de riesgo relacionados con las experiencias, factores

estresantes crónicos, problemas interpersonales y laborales, acontecimientos vitales estresantes, enfermedades agudas o crónicas”.

- b) Identificar factores de riesgo relacionados con la vulnerabilidad: “Personalidad, rasgo o condición crónica que predispone a problemas de ansiedad; estilo cognitivo, ciertos prejuicios y distorsiones cognitivas predisponen a los individuos a reaccionar fuertemente ante las situaciones estresantes. Entre otros ausencia de apoyo social”.²³

Prevención secundaria:

- a) Detección precoz y tratamiento precoz de los nuevos casos: “El médico de atención primaria se debe plantear un diagnóstico de ansiedad en todos los casos en los que el paciente presenta problemas físicos, cuando éstos no se puedan incluir dentro de una categoría diagnóstica clásica”. De esta manera aumenta la probabilidad de detectar y tratar este problema psicológico y disminuir los gastos y complicaciones derivadas de exploraciones innecesarias.
- b) Tratamiento precoz de los nuevos casos: “Las intervenciones psicológicas forman el eje principal del tratamiento en atención primaria”.
- c) Intervenciones psicológicas focalizadas: “Se ha evidenciado que estas intervenciones son efectivas en el tratamiento precoz de la ansiedad y trastornos mentales relacionados”. En la “terapia de solución de problemas” se ayuda a los pacientes a identificar la causa de su ansiedad y se acuerda un programa de acciones para cambiar sus conductas.

Prevención terciaria:

- a) Prevención de recaídas: “Se han propuesto varias estrategias psicológicas específicas útiles para reducir el riesgo de recaídas. Su objetivo es: Aumentar la sensación de control del paciente – Enseñar al paciente a detectar los síntomas iniciales de la recaída – Identificar las situaciones de alto riesgo para recaída y establecer estrategias para afrontarlas – Motivar al paciente a que continúe practicando las habilidades aprendidas durante la terapia”.
- b) Reducción de daño: “Estos pacientes deberían ser derivados al menos en una ocasión a la unidad de salud mental, para su valoración y recibir asesoría para su manejo. Hay varias estrategias que se pueden seguir desde la atención primaria para reducir el daño al paciente: Explicarle de forma reiterada y reforzar el diagnóstico de ansiedad de una forma positiva, mantener la investigación y la referencia a problemas físicos en un mínimo, ofrecer un programa estructurado de consultas breves regulares, de manera que el paciente tenga la oportunidad de aprender que puede resistir los problemas que aparecen entre consultas, ayudarlo a reconocer los problemas interpersonales y estimularle a buscar ayuda para ellos, estimularlo para que se desarrolle y haga más uso de sistemas de apoyo social informales”.²⁴

PERCEPCIÓN DE ABANDONO:

Abandono: El abandono y abuso del adulto mayor y del discapacitado, “constituyen problemas relativamente comunes, que en muchos casos son mal diagnosticados y frecuentemente no denunciados, pues existe la tendencia a negar que así ocurre, tanto por parte de la víctima como del agresor, a lo que se suma la resistencia por parte del personal médico para reportar a las víctimas y la renuencia de las autoridades a aceptar estos hechos”.²⁵

El abandono en los adultos mayores es un problema cada vez más visible en nuestra sociedad. “No es necesario buscar en lugares específicos para poder darse cuenta la gran cantidad de personas de la tercera edad, en situación de abandono tanto físico, como moral”.

Así también, estos se encuentran en una terrible situación económica, y no son capaces de poder cubrir sus necesidades básicas por sus propios medios, razón por la cual se ven obligados a acudir a instituciones públicas o privadas donde les ayudan a cubrir algunas de éstas, como alimentarse, vestirse y dormir, de la mejor manera como estos establecimientos puedan brindarles.

Se tendrá en cuenta el pensamiento que los adultos mayores tengan y las experiencias que viven en medio de su situación de abandono familiar actual, “depende de cómo interprete cada uno de ellos su actual estilo de vida, es decir vivir solos tras haber sido abandonados por sus propios familiares. Para poder entender sus pensamientos y sentimientos de cómo viven al estar en esa situación”.²⁶

Los adultos mayores en la mayoría de los casos se sienten aislados o utilizados por sus mismos familiares, debido a que no les permiten tener sus propios espacios, y los limitan a realizar tareas de tipo domésticas como cuidar los nietos, hacer mandados entre otras. “Logrando así, que estas personas pierdan su autoestima y cada vez se valoren de manera negativa ante los demás, porque se sienten frustrados ante lo que prefieren hacer en realidad y no les permiten realizar”.

Es evidente que la familia es el núcleo que aborda la felicidad o la infelicidad de los adultos mayores y si mantienen una conducta hacia ellos de discriminación, dando a entender que son inútiles, las consecuencias pueden ser fatales. “Por el contrario, la familia debe

apreciar el conocimiento con el que cuenta en sus hogares, los abuelos están llenos de historia y tradiciones que pueden ser impartidas a la nueva generación, logrando brindar una educación en base a los valores”.

Abandono del adulto mayor:

Según Ruiperez y Llorente, menciona que el abandono o negligencia, se considera como “la no administración de los cuidados o supervisión necesarios respecto a: alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados apropiados. Por lo que el adulto mayor, al ser llevado a la institución de salud con el pretexto de ser atendido por una afección médica, se deja ahí por varios días, ocasionándole que disminuya su autoestima y le ocasione mayores problemas de salud”.²⁷

El National Aging Resource Center, clasifica el abandono en el adulto mayor de la siguiente forma:

- **Físico:** “Actos de violencia que causan dolor, daño o lesión, deterioro o enfermedad, alimentar por la fuerza y uso inapropiado de restricciones físicas o medicación”.
- **Psicológico o emocional:** “Conducta que causa angustia mental; cuando los mayores se convierten en dependientes económicos, físicos y emocionales de sus hijos, muchas veces se invierten los roles”.
- **Económico:** “Abuso del dinero o bienes de la persona anciana para ganancia personal del abusador”.
- **Negligencia:** “Fallo del cuidador para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria, física, emocional y financiera”.
- **Negación:** “Anciano que rehúsa necesidad de ayuda en varias actividades diarias y no se le persuade para cumplirlas”.

El abandono es el desamparo o desatención física o afectiva y/o económica de que son objeto los adultos mayores, existiendo también la enfermedad y la soledad, que los hace muy vulnerables,

siendo uno de los motivos la excesiva carga que representa un anciano en la familia, o las tensiones exacerbadas y no resueltas provocan el abandono del adulto mayor, siendo un problema más visible en nuestra sociedad.²⁸

El abandono que sufre el adulto mayor es una dinámica que se vive a diario y son innumerables las historias que se tienen sobre el tema. “Este problema tiene consecuencias sobre la persona como ser social, porque afecta directamente a su estado emocional y su salud trayendo como consecuencia otras repercusiones que el adulto mayor enfermo presenta, como cuando es abandonado por sus familiares en los hospitales, ello acrecienta los problemas de índole social, económico y psicológicos”.²⁹

El abandono del adulto mayor en los hospitales “es una realidad que no debe soslayarse por parte del personal de enfermería, dado que es quien permanece más tiempo del día otorgando cuidados a los pacientes hospitalizados, el cual está en contacto directo con ellos, valorando y diagnosticando las respuestas humanas, brindando un cuidado integral e identificando si el adulto mayor se encuentra o se percibe abandonado”.

El adulto mayor en algunas familias, es rechazado, aislado, se les ve frecuentemente como un estorbo del que tratan de deshacerse, por lo que se les interna en instituciones donde se cree que vivirán mejor y más cómodamente. “Ello es consecuencia del ritmo de vida que les impone la sociedad a las familias, donde dedican poco tiempo a la atención y cuidados que aquellos requieren, con los que lo priva de estímulos muy importantes para que conserven su salud, así como el afecto, la seguridad”.³⁰

Percepción:

Es una sensación física interpretada a la luz de la experiencia, una cognición rápida, aguda e intuitiva. En el ámbito del servicio al

usuario, la percepción es dominante. Como se sienten los usuarios acerca del servicio que le proporciona es muy importante. Es la base para establecer la credibilidad en toda su organización.³¹

Generalidades de la percepción:

Según Matlin y Foley, la percepción “Incluye la interpretación de las sensaciones, dándoles significado y organización”.

Para Feldman es “La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no solo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro”.

Según Whitaker define “es un proceso que resulta de la interacción de las condiciones de los estímulos por una parte y otra de los factores internos que corresponden al observador, además de los factores externos”.

La percepción es el proceso cognitivo que interpreta de un modo directo la realidad. Esta interpretación se realiza en base a los sentidos y a la intervención de los factores internos, luego generará respuestas mentales o imágenes que corresponden a objetivos sensibles.

Componentes de la percepción

Se señala dos componentes:

- Componentes interpersonales: Examina las creencias que la gente relaciona sobre otros. “Esta área difiere de la cognición social y la percepción personal por ser interpersonal en vez de interpersonal. Al requerir que al menos dos personas se relacionan. Como: Presentación de las personas, cordial en la relación, orientación sobre las actividades y la atención inmediata”.

- Componentes del entorno: “Es el proceso mediante el cual el ser humano adquiere la experiencia necesaria para interrelacionarse o socializar para la adaptación progresiva en el medio que está. Como: Iluminación del ambiente, el ambiente que ocupara, preocupación por su alimentación y considera su privacidad”.²⁴

Teoría de la Gestalt:

La Teoría de la Gestalt que nace con Sigmund Freud, se refiere a como el ser humano percibe las figuras, palabras o representaciones que dan a entender un mensaje, esto significa como se percibe en la mente los objetos conocidos en la vida diaria. Enfatiza que cada persona tiene su propia percepción que es relativa y está incluida no solo por los propios mecanismos de percepción sino también por su historia, su actitud y su motivación en cada momento de su existencia. La palabra “Gestalt” carece de significado en español, se traduce aproximadamente por “forma- aspecto- configuración”.³²

La investigación se sustenta en el instrumento utilizado por Zúñiga A, Pasquel P., quienes explican la teoría de la percepción basada en las formas de relación figura-fondo. “Y como, a través de la forma se adquieren los conocimientos que están ligados no solo a la percepción de estímulos, sino a la organización e interpretación que se les da, es decir la forma de como se percibe el mundo o el entorno que los rodea”. Los investigadores diseñaron una escala de percepción de abandono del adulto mayor con 14 preguntas en escalas de cotejo, cuya puntuación final se manejó en escala Likert, que muestra el grado de abandono del adulto mayor, la cual se validó con método estadístico Alpha de Cronbach con una fiabilidad del 0.8947.⁸

TEORÍA DE ENFERMERÍA:

Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle H. Mishel: Mishel atribuye el marco subyacente del estrés, la valoración, el afrontamiento y la adaptación de su teoría original al trabajo de Lazarus y de Folkman (1984). “Lo que sí es exclusivo de Mishel es la aplicación de este marco de incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad, lo que hace que este marco resulte valioso para las enfermeras”.³³

La perspectiva de la incertidumbre frente a la enfermedad, aporta un aspecto importante a la enfermería desde el paradigma de la transformación, que considera que la persona es líder de su propia vida y por lo tanto decide sobre su salud y lo que es bueno para ella; la enfermera por lo tanto puede atenuar el grado de incertidumbre del paciente frente a la enfermedad (lo que ocasiona la ansiedad), proveyendo en la medida de lo posible, información necesaria para el paciente sobre su estado de salud, dar apoyo educativo a los pacientes para que puedan conocer y comprender el entorno y contexto en el que está evolucionando su salud, todo ello contribuirá a poner en marcha mecanismos para afrontar la ansiedad en el paciente.

Base legal de protección al adulto mayor:

Ley N° 30490- Título I - Capítulo II Artículo 5: El Estado Peruano asevera que la persona adulta mayor es titular de derechos humanos, y tiene el derecho a:

- “Una vida digna, plena, independiente, autónoma y saludable”.
- “Recibir atención integral e integrada, cuidado y protección familiar y social, de acuerdo a sus necesidades”.
- “Atención integral en salud y participar del proceso de atención de su salud, por parte del personal de salud, a través de una escucha activa y empática que le permita expresar sus necesidades e inquietudes”.

Título III – Capítulo I – Artículo 19: “La persona adulta mayor, tiene derecho a la atención integral en salud, siendo población prioritaria respecto de dicha atención”.³⁴

Esta Ley, aporta un valioso respaldo de salud a los adultos mayores, ya que el Estado enfatiza una atención integral a la persona adulta mayor, y se debe tener en cuenta dentro de ésta atención integral, la atención psicoemocional del paciente, debido a que es en ese contexto donde se origina los estados de ansiedad y/o depresión.

II.c. HIPÓTESIS:

II.c.1. Hipótesis Global: El nivel de ansiedad es moderado y la percepción de abandono es de medianamente abandonado en los adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica Noviembre 2017.

II.c.2. Hipótesis derivada 1: El nivel de ansiedad según ansiedad psíquica y ansiedad somática, es moderado en los adultos mayores del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica.

II.c.3. Hipótesis derivada 2: La percepción de abandono según teoría de Gestalt, es de medianamente abandonado en los adultos mayores del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica.

II.D. VARIABLES:

- ❖ **Variable 1:** Ansiedad.
- ❖ **Variable 2:** Percepción de abandono.

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

- **Ansiedad:** Se trata de la condición de conmoción, intranquilidad, preocupación o nerviosismo que experimenta el paciente, es un estado angustioso que puede aparecer junto a una enfermedad y que no permite la relajación ni descanso del paciente.

- **Percepción de abandono:** Es la noción que tiene el adulto mayor o como concibe el cuidado y atención que recibe de su entorno familiar, considerado como el olvido moral, espiritual, físico y social.
- **Adulto mayor:** Según la OMS, se considera adulto mayor a toda persona mayor de 60 años.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III. a. TIPO DE ESTUDIO:

Según el enfoque, el estudio es cuantitativo, ya que la información obtenida se presenta en cuadros y gráficos; según el alcance de la información es descriptivo, pues se describen las variables como se han observado en la realidad durante la recolección de los datos sin que exista entre ellas algún tipo de correlación; es de diseño no experimental, porque no se manipulan intencionalmente las variables de estudio ni el investigador interviene intencionalmente para la modificación de las variables; según el intervalo de ocurrencia de los hechos es transversal, pues los datos se recolectaron haciendo un corte en el tiempo en un momento determinado.

III. b. ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en el Servicio de medicina del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, el servicio de medicina se divide en medicina general y medicina especialidades, el servicio está a cargo de un Jefe de Enfermería del servicio de medicina, que cuenta con profesionales de enfermería y Técnicos de enfermería a su cargo. El Hospital IV Augusto Hernández Mendoza es una entidad de EsSalud, que brinda atención a las personas aseguradas de la región, actualmente cuenta con una infraestructura moderna que ofrece todas las especialidades, está ubicado en la avenida José Matías manzanilla N° 652, distrito de Ica, provincia y departamento de Ica a 10 minutos del centro de Ica.

III. c. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población-muestra de estudio está conformada por 56 adultos mayores, seleccionados de manera no probabilística intencional, tomando como base el número de pacientes adultos mayores hospitalizados en el periodo de un mes; considerando los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de ambos sexos
- Pacientes que tengan la voluntad de contribuir en la investigación
- Pacientes sin alteraciones mentales

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no presenten alteraciones mentales
- Adultos mayores que se nieguen participar voluntariamente.

III. d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos, considerando las características de la población de estudio, se aplicó la técnica de la entrevista, tomando como base la Escala de Hamilton y la Teoría de Gestalt. En vista de ser instrumentos validados, no fue necesario la validación del mismo, pero si se realizó posteriormente la confiabilidad a través de la escala de Cronbach.

III. e. DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS:

La recolección de datos se inicia con una solicitud dirigida al Director de la institución hospitalaria, haciéndole conocer el objetivo de la investigación: El instrumento se aplicó a la población–muestra del estudio, durante el mes de noviembre del 2017.

Durante la aplicación del instrumento se tuvieron en cuenta los principios éticos de la investigación como son la beneficencia, autonomía y justicia, su privacidad, confidencialidad y la libre voluntad del investigado de responder la entrevista.

III. f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Para el procesamiento y análisis de los resultados, los datos fueron clasificados y ordenados de manualmente.

El procesamiento de los mismos se realizó haciendo uso del paquete estadístico Microsoft Excel. Como se indica:

- **Elaboración del libro de códigos:** En el cual se determinó el código para cada categoría.
- **Elaboración de la tabla matriz:** En la cual se almacenó la información recopilada.
- **Clasificación de los datos:** La información se distribuyó en frecuencias y porcentajes a través de tablas estadísticas.
- **Presentación de los datos:**

La presentación de los resultados se realizó en tablas de frecuencia y porcentajes, además de utilizar los gráficos correspondientes.

Los valores asignados a la variable ansiedad según el Test de Hamilton, fueron:

Dimensiones psíquica y somática:

- | | |
|--------------|----------------|
| - Muy severo | > a 22 puntos |
| - Severo | 19 a 22 puntos |
| - Moderado | 14 a 18 puntos |
| - Leve | 8 a 13 puntos |
| - Normal | 0 a 7 puntos. |

Para la variable percepción de abandono según Teoría de Gestalt, se consideró:

- | | |
|----------------|---------------------------|
| - 0-2 puntos | No se percibe abandonado. |
| - 3-5 puntos | Ligeramente abandonado |
| - 6-8 puntos | Medianamente abandonado. |
| - 9-11 puntos | Muy abandonado. |
| - 12-14 puntos | Totalmente abandonado. |

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV. a. RESULTADOS:

TABLA 1

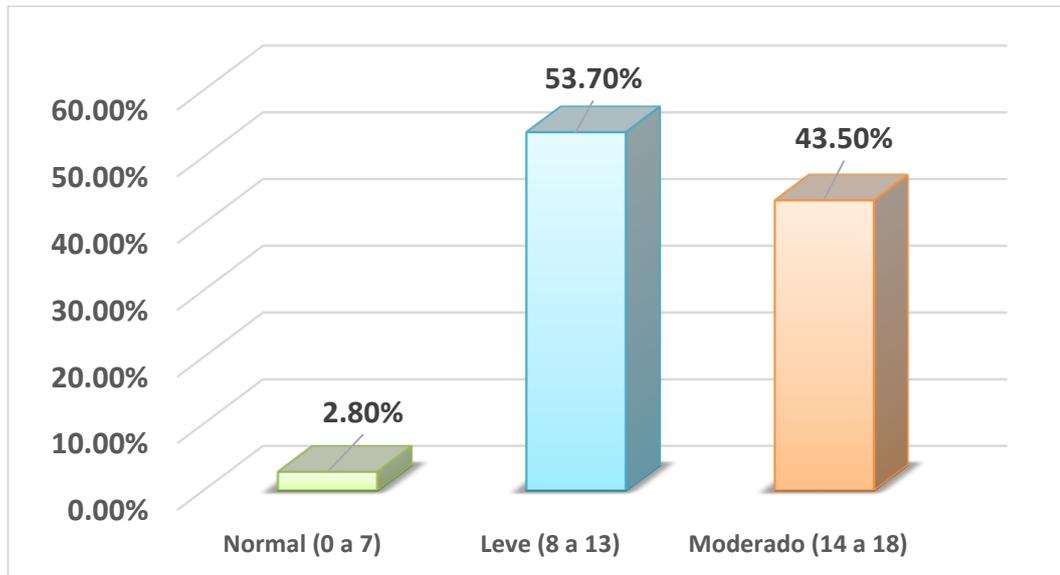
**DATOS GENERALES DE PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA
NOVIEMBRE 2017**

DATOS GENERALES	CATEGORÍA	Fr.	%
EDAD	60 - 70 años	19	33,9
	71 - 80 años	30	53,6
	Más de 80 años	07	12,5
SEXO	Femenino	31	55,0
	Masculino	25	45,0
ESTADO CIVIL	Soltero	06	10,7
	Casado	26	46,4
	Divorciado	15	26,8
	Viudo	09	16,1
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	06	10,7
	Secundaria	27	48,2
	Superior	23	41,1
DIAS DE HOSPITALIZACIÓN	5 días	08	14,2
	6 a 8 días	15	26,8
	9 a 10 días	17	30,3
	Mas de 10 días	16	28,7
Total general		56	100.0

Según los datos generales se observa que el 53,6% (30) tienen 71 a 80 años, el 55% (31) son de sexo femenino, el 46,4% (26) son casados, el 48,2% (27) tienen instrucción secundaria y el 30,3% (17) tienen de 9 a 10 días de hospitalización.

GRÁFICO 1

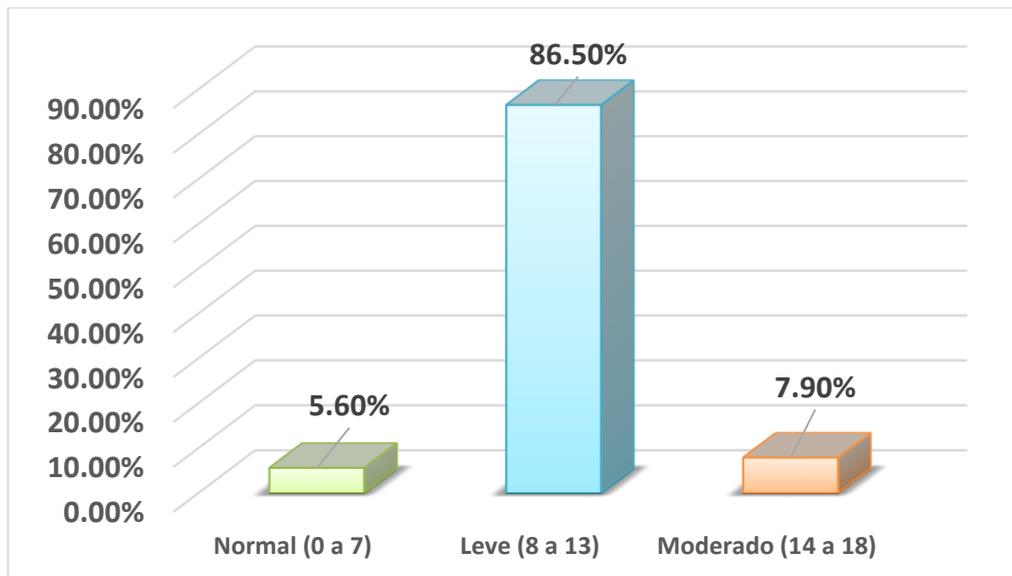
ANSIEDAD PSÍQUICA EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2017



En relación a la ansiedad psíquica de los pacientes adultos mayores, se observa que el 53,7% (35) tienen ansiedad leve, el 43,5% (19) tienen ansiedad moderada y solo el 2,8% (02) están normales.

GRÁFICO 2

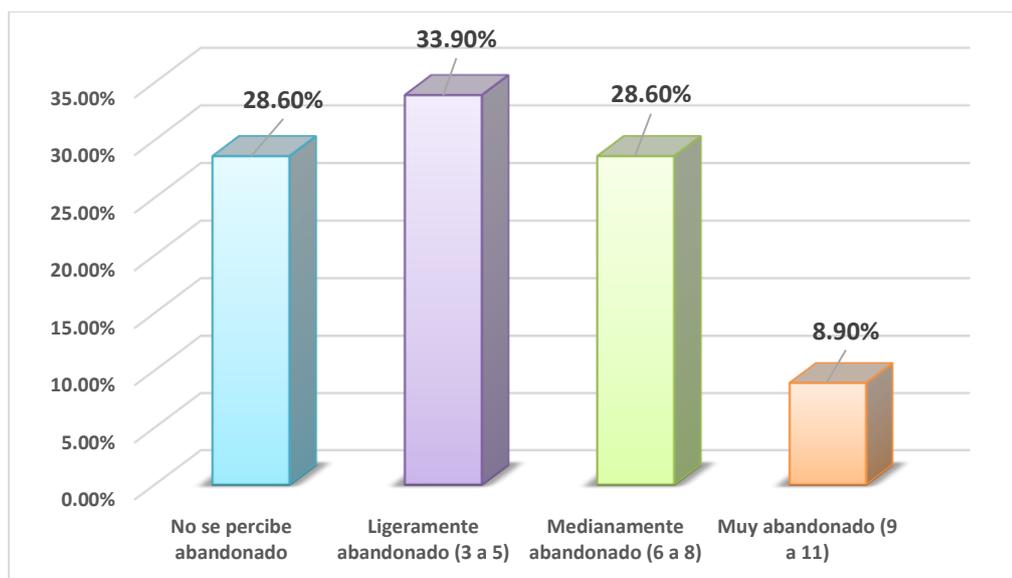
ANSIEDAD SOMÁTICA EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2017



Referente a la ansiedad somática se observa que el 86,5% (49) tienen ansiedad leve, el 7,9% (05) tienen ansiedad moderada y el 5,6% (02) están en un estado normal.

GRÁFICO 3

PERCEPCIÓN DE ABANDONO EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA NOVIEMBRE 2017



Respecto a la percepción de abandono que manifiestan los pacientes, se observa que el 33,9% (19) se percibe ligeramente abandonado, en el 28,6% (16) respectivamente, no se percibe abandonado y está medianamente abandonado, mientras que el 8,9% (05) refieren estar muy abandonados, no habiendo pacientes que estén totalmente abandonados.

IV. b. DISCUSIÓN:

TABLA 1: Según los datos generales se observa que el 53,6% tienen 71 a 80 años, el 55% son de sexo femenino, el 46,4% son casados, el 48,2% tienen instrucción secundaria y el 30,3% tienen de 9 a 10 días de hospitalización.

Datos diferentes a los de Zúñiga A, Pasquel P.⁸ quienes refieren que “la edad que predominó fue de 60-69 años; 51% femenino y 49% masculino; el 51% eran viudos, 34% casados, 10% divorciados”.

Salazar C.¹³ en su investigación, encontró asociación de la ansiedad con un menor tiempo de estancia hospitalaria.

Si los datos generales se emplearían como variables relacionadas al estudio en una forma directa, podrían encontrarse información importante como nos muestran algunos antecedentes, los datos como mayor edad, sexo femenino, estado civil soltero, divorciado o viudo, son factores que están relacionados con un mayor índice de ansiedad.

Así mismo, la ansiedad está relacionada con los días de hospitalización, y ésta tiene una relación inversamente proporcional, lo que quiere decir que a menos días de hospitalización mayor nivel de ansiedad y viceversa, lo que es comprensible debido a que los primeros días la persona aún no se adapta al nuevo ambiente hospitalario, lo que ocasiona estados de ansiedad.

GRÁFICO 1: En relación a la ansiedad psíquica de los pacientes adultos mayores, se observa que el 53,7% tienen ansiedad leve, el 43,5% tienen ansiedad moderada y solo el 2,8% están normales.

Salazar C.¹³ encontró datos diferentes, donde la ansiedad estaba presente en el 23,1% los pacientes, presente en el 26,92% de las mujeres y 19,25% de los varones, concluyendo que la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta,

especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad.

No se hallaron trabajos recientes de investigaciones que enfoquen exclusivamente el estudio de la ansiedad por dimensiones, sin embargo los estudio empleados como antecedentes, muestran resultados significativos respecto al nivel de ansiedad que experimentan los pacientes hospitalizados; es lógico suponer que la ansiedad se evidencia por síntomas psíquicos como físicos, esto se pudo percibir durante la aplicación del instrumento de recolección de datos, pues los pacientes evidenciaban signos de ansiedad psíquica como preocupación, tensión, temores, insomnio, problemas con la memoria, estado de ánimo deprimido, entre otros.

Por ello es importante que el profesional de enfermería tenga en cuenta las manifestaciones psíquicas, para poder intervenir oportunamente y poder realizar una coordinación con otros profesionales de la salud para su tratamiento y manejo oportuno.

GRÁFICO 2: Referente a la ansiedad somática se observa que el 86,5% tienen ansiedad leve, el 7,9% tienen ansiedad moderada y el 5,6% están en un estado normal.

Al respecto aunque no en la misma dimensión, Palacios C.¹⁴ encontró resultados similares, “de 91 casos de ansiedad, 79 tenían ansiedad leve, 11 moderada y 1 severa”.

Existen síntomas físicos o somáticos de la ansiedad que pueden estar siendo confundidos con otra patología, por ello la enfermera debe tener la capacidad de identificar cuales son los que se derivan de un estado de ansiedad y cuales de una patología física, esto ayudará a que el profesional de enfermería realice su PAE (Proceso de Atención de Enfermería), teniendo en cuenta los datos subjetivos y objetivos que estén relacionados a la ansiedad, para no confundir con signos y síntomas de otra enfermedad y planear cuidados

adecuados dirigidos específicamente a brindar una asistencia terapéutica dirigida a atenuar la ansiedad, con un cuidado holístico bio-psico-social y espiritual.

Resultados que se pueden contrastar con los de Paucar L, Quezada V.¹⁰ quienes de los datos obtenidos establecen que “el abandono familiar incide significativamente en el Estado emocional del Adulto Mayor de la Casa Hogar Daniel Álvarez Sánchez, considerándose además que la razón por la cual ingresan a la institución es por abandono, así como el estado de ánimo que presenta el Adulto Mayor interno es de tristeza, lo que evidencia la incidencia del abandono familiar en el estado emocional de los adultos mayores”.

Al respecto Delgado J.¹¹ proporciona información importante en la que refiere que “de los análisis de resultados se hace evidente que los adultos mayores que hacen parte de la problemática, el abandono familiar, impacta de forma directa sobre el sistema de pensamiento y conducta, pero de aquello la familia tienen un papel importante que debe de ser atendido para el mejoramiento de los adultos/as mayores, familiares, y comunidad en general”.

Es importante que la enfermera está atenta a los signos y síntomas para prevenir que los pacientes desencadenen crisis más severas, aplicar instrumentos que permitan realizar la identificación de ansiedad con más certeza, para realizar un diagnóstico adecuado y por lo tanto emprender las acciones de enfermería acordes a los hallazgos, o solicitar la intervención de otros profesionales de la salud.

GRÁFICO 3: Respecto a la percepción de abandono que manifiestan los pacientes, se observa que el 33,9% se percibe ligeramente abandonado, en el 28,6% respectivamente, no se percibe abandonado y está medianamente abandonados, mientras

que el 8,9% refieren estar muy abandonados, no habiendo pacientes que estén totalmente abandonados.

Datos diferentes a los de Cardona E.⁷ quien concluye que “Los adultos mayores del Hospital San Juan de Dios de Armenia en un gran porcentaje son de un alto grado de vulnerabilidad por parte de sus familiares por las siguientes causas: abandono, que se hace evidente en los espacios prolongados de soledad, sumado a esto las condiciones de pobreza de la mayoría de las personas que acuden a los servicios de hospitalización”.

También Zúñiga A, Pasquel P.⁸ encontraron resultados diferentes, “según la escala de percepción de abandono, 49% de los viudos se perciben muy y totalmente abandonados. El 53% siente que son una carga para la familia, 18% creen que es por su vejez y el 13% por su enfermedad, 34% se sienten abandonados en el hospital, 33% no recibe visitas desde que lo hospitalizaron, 67% sí los visitan, al 44% quienes los visitan son sus hijos”.

También se pueden comparar los resultados con los de Durán J.⁹ quien halló que “el 50% asegura que mantiene una relación buena con sus hijos, el 40% dice que la relación es excelente, y un 10% mantiene una mala relación con sus hijos”.

Al respecto se tiene resultados diferentes a los de Paucar L, Quezada V.¹⁰ quienes encontraron que “del total de la población encuestada, 12 investigados que corresponden al 70% manifiestan que el abandono familiar si incide en el estado emocional del adulto mayor, un total de 5 personas que pertenecen al 30% evidencian que no influye el abandono familiar en el estado emocional de los ancianos”.

Llange J.¹² en su investigación “halló asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el apoyo social bajo, número de visitas, sexo, edad, estar soltero o viudo, tener diabetes mellitus 2 o

hipertensión arterial como comorbilidad en pacientes adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte”.

La mayoría de las veces, la percepción de abandono que tiene el paciente, está coherente con la relación que existe en su familia y entorno social más cercano, sin embargo aunque algunos pacientes “perciban” estado de abandono, nadie es ajeno a las cifras dramáticas de pacientes abandonados en las instituciones hospitalarias.

Existen numerosos factores por los cuales se abandona al adulto mayor, una de ellas es porque se le considera una persona dependiente de cuidados, porque ya no posee una vida laboral útil para la familia, porque está enfermo, entre otras, por lo que el profesional de enfermería debe jugar un rol importante e integrar a la familia para el cuidado del paciente durante su hospitalización, coordinar con los programas de adultos mayores de la institución para integrar al paciente y promover un mejor nivel de calidad de vida fortaleciendo la relación familiar garantizando y defendiendo sus derechos que como humanos y adultos mayores les corresponde.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V. a. CONCLUSIONES:

1. El nivel de ansiedad según ansiedad psíquica y ansiedad somática, es leve en los adultos mayores del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, **por lo que se rechaza la hipótesis derivada 1 de la investigación.**
2. La percepción de abandono según teoría de Gestalt, es de ligeramente abandonado en los adultos mayores del servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, **por lo tanto se rechaza la hipótesis derivada 2 de la investigación.**

V. b. RECOMENDACIONES:

1. Si bien los resultados muestran ansiedad leve, se recomienda al profesional de enfermería realizar siempre una valoración inicial adecuada al ingreso del paciente, observar su apariencia física, tener en cuenta su estado de conciencia y orientación, realizar una entrevista a profundidad para conocer sus temores, dudas inquietudes y otros aspectos, identificar los signos y síntomas y los factores que pueden desencadenar la ansiedad, del mismo modo identificar aquellas acciones que ayuden al paciente a afrontar la ansiedad, si es posible, con ayuda del servicio social ubicar a los familiares más cercanos del adulto mayor para la obtención de datos importantes, brindar seguridad, amor, empatía y un trato cálido y con calidad.
2. Se recomienda a la enfermera mantener ese rol clave para la integración familiar, se debe educar a la familia y explicarle que el paciente puede tener diferentes reacciones las cuales hay que entender, explicar a la familia la terapia del paciente y como ellos pueden ayudar; recomendar que debe haber una persona responsable del adulto mayor, que organicen sus cuidados entre los miembros de la familia, que le expresen afecto, que mantengan una visita permanente mientras dure su hospitalización y al alta que le brinden compañía para realizar sus controles médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. 2017. Datos interesantes acerca del envejecimiento. [en línea] [fecha de acceso 14 de diciembre 2017]. URL. Disponible en: www.who.int/ageing/about/facts/es/.
2. OMS. La salud mental y los adultos mayores. Abril 2016. [en línea] [fecha de acceso 14 de diciembre 2017]. URL. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/. 14-12-17.
3. OMS, OPS. Junio 2017. Maltrato a las personas mayores. [en línea] [fecha de acceso 14 de diciembre 2017]. URL. Disponible en: www.who.int/entity/violence_injury.../WHO_EA_SPANISH_2017-06-13.pdf.
4. Pérez R. agosto 2016. Formato 7. [en línea] [fecha de acceso 14 de diciembre 2017]. URL. Disponible en: formato7.com/2016/08/31/pobreza-abandono-ocho-diez-adultos-mayores-mexico/.
5. Ávila C. Publican cifras preocupantes de abandono a adultos mayores. Colombia 2013. [en línea] [fecha de acceso 6 de octubre 2016]. URL. Disponible en: laud.udistrital.edu.co/.../publican-cifras-preocupantes-de-abandono-adultos-mayores.
6. INEI. Perú. Situación de la población adulta mayor. Informe técnico N° 3-setiembre 2017. [en línea] [fecha de acceso 6 de octubre 2016]. URL. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>.
7. Cardona E. Abandono del adulto mayor enfermo por parte de su familia, en el hospital San Juan de Dios, E.S.E, de Armenia, Quindío, Colombia. 2015. [tesis de licenciatura] [en línea] [fecha de acceso 6 de octubre 2016]. URL. Disponible en: <http://200.21.98.67:8080/jspui/bitstream/10785/3462/1/DDMLER2.pdf>
8. Zúñiga A, Pasquel P. Percepción del adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por sus familiares. Universidad Autónoma de Querétaro. México. 2012. [Tesis de grado de maestría en enfermería]. [en línea] [Fecha de acceso 14 de Setiembre del 2015]. URL.

disponible en: <http://es.scribd.com/doc/61018643/Tesis-Investigacion-Adulto-Mayor>.

9. Duran J. Los adultos y las adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el estado. Fundación comunidad geriátrica “Jesús de Nazareth”, Cuenca – Ecuador. Ecuador. 2012. [Tesis de grado para trabajadora social] [en línea] [Fecha de acceso 14 de Setiembre del 2015]. URL. disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/451/1/tesis.pdf>.
10. Paucar L, Quezada V. El abandono familiar y su incidencia en el estado emocional del adulto mayor de la casa hogar Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja Ecuador. [Trabajo para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. [en línea] [Fecha de acceso 14 de Setiembre del 2015]. URL. disponible en: [dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1975/1/Tesis Gabriela Cevallos Serrano.pdf](http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1975/1/Tesis_Gabriela_Cevallos_Serrano.pdf).
11. Delgado J. Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; Centro del Buen Vivir Mies FEDHU. Guayaquil, Ecuador. Ecuador. 2012. [Tesis de Grado en Enfermería] [en línea] [Fecha de acceso 15 de Setiembre del 2015]. PDF. disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6456/2/.pdf>.
12. Llange J. Apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital Vitarte durante el periodo junio-noviembre del 2016. Perú. Universidad Ricardo Palma. 2016. [Tesis de titulación]. [en línea] [Fecha de acceso 6 de octubre del 2017]. PDF. disponible en: cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/.../Llange%20Conde%20Josue%20Carlos_2017.p...
13. Salazar C. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú. Universidad Ricardo Palma. [Tesis de titulación]. [en línea] [Fecha de acceso 6 de octubre del 2017]. URL disponible en: cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/454/1/Salazar_c.pdf.

14. Palacios C. La frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el centro de salud Villa los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014. Perú. 2014. [Tesis de Grado en Enfermería] [en línea] [Fecha de acceso 15 de Setiembre del 2015]. PDF. disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4023>.
15. Resnik P, Cascardo E. Ansiedad, estrés, pánico y fobias. Buenos Aires. 1ª edición. Octubre 2016. Ediciones Argentina S.A. [en línea] [Fecha de acceso 12 de octubre del 2017]. PDF. disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=9876276816>.
16. Gaudencio C. Estado transcultural de la ansiedad. [en línea] [Fecha de acceso 15 Setiembre del 2015] URL disponible en: <http://eprints.ucm.es/tesis/19972000/S/4/S4012001.pdf>.
17. Condicionamiento clásico de Watson. 2010. [en línea] [Fecha de acceso 15 Setiembre del 2015]. URL. disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Condicionamiento-Clasico-De-Watson/347992.html>.
18. Kaneda Y. Nagamine I. Ansiedad-Estado de esquizofrenia. Scielo [En línea] 2003. [Fecha de acceso 15 Setiembre del 2015]. URL. disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1579-699X2003000200004&script=sci_arttext.
19. Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés. Que situaciones provocan ansiedad. [En línea] [Fecha de acceso 15 setiembre del 2015]. URL. disponible en: http://www.ucm.es/info/seas/faq/tip_situ.htm.
20. Hernández N, Sánchez J. Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Madrid. 2007. Edit. Amertown Internacional S.A. Pp.185. [Fecha de acceso 6 octubre del 2017]. URL. disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=1597542156>.
21. Palacios D, Salvadores P. Cuidados en personas mayores con alteraciones cognitivas y emocionales en residencias. Madrid 2013.

- Editorial DYKINSON. S. L. PP. 96. [Fecha de acceso 6 octubre del 2017]. URL. disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8490317070>.
22. Clark D, Beck A. Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. New York 2010. Edit. DESCLÉE DE BROWER, S.A. [Fecha de acceso 6 octubre del 2017]. URL. disponible en: www.Ebooks.edesclee.com.
23. Hernández MM, Horga JF, Navarro F, et al. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria. Novelda, España. [en línea]. [Fecha de acceso diciembre del 2015]. URL. Disponible en: www.san.gva.es.
24. Téllez JM, López J, Boix C, et al. Tratamiento de los trastornos de ansiedad. Rev Clin Med Fam. 2007; 2(2): 76-83. Trastornos de la ansiedad: Wendy Navas Orozco* María Jesús Vargas Baldares** [En línea] [Fecha de acceso diciembre del 2015]. URL disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>.
25. Rivero O, Paredes R. Ética en el ejercicio de la medicina. Pág. 196. Editorial Médica Panamericana. 2006. México. [En línea] [Fecha de acceso 12 de octubre del 2015]. URL disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=9687988711>.
26. Méndez N. Respuestas humanas de un adulto mayor ante el abandono familiar al enfrentar el camino del envejecimiento. [En línea] [Fecha de acceso 9 de Junio del 2012]. URL disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3806/2/Respuestas-humanas-de-un-adulto-mayor-ante-el-abandono-familiar-al-enfrentar-el-camino-del-envejecimiento>.
27. Ruiperez I, Llorente P. Reflexiones en torno al tema del maltrato al adulto mayor: una visión del Instituto de Normalización Provisional, INP. 2007. [En línea] [Fecha de acceso 28 de octubre del 2015]. URL disponible en: <http://www.ubiobio.cl/cps/ponenciasmaltratohtm/visioninpmaltrato.htm>.
28. Romero A. Temas para la asistencia clínica al adulto mayor: Consideraciones Bioéticas en Geriátrica. Revista Electrónica de las

- Ciencias Médicas. Cienfuegos Cuba. [En línea] 2007 [Fecha de acceso 28 de octubre del 2015]. URL disponible en: www.redalyc.org/pdf/1800/180020187001.pdf.
29. Marzon L. Percepción del adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por sus familiares. [Tesis de grado en enfermería]. Universidad Autónoma de Querétaro. México. 2008. [En línea] [Fecha de acceso 03 de octubre del 2014]. URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/61018643/Tesis-Investigacion-Adulto-Mayor-Maestria>.
30. Gutiérrez G. Abandono de la tercera edad en la familia. Monografía. Universidad del Mar. Escuela de trabajo social. Red asistencial de Buenos Aires: [En línea] [Fecha de acceso 03 de octubre del 2014]. URL disponible en: www.monografias.com › Estudio Social.
31. Queralt M. Ansiedad. [En línea] [Fecha de acceso 10 de agosto del 2014]. URL disponible en: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/introduccion-ansiedad.shtml>.
32. Martínez A, Torres S, Suárez G. Teoría cognoscitiva del campo Gestalt. 28 diapositivas. 2010. [En línea] [Fecha de acceso 10 de agosto del 2014] URL disponible en: <http://es.slideshare.net/Bienve84/teora-de-gestalt-4950286-30-10-15>.
33. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixá M, Ferré C. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. Barcelona. Index Enferm vol.22 no.1-2 Granada ene./jun. 2013. [En línea] [Fecha de acceso 10 de noviembre del 2017] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>.
34. Diario Oficial El Peruano. Ley de la persona adulta mayor. Perú 2016. [en línea] [fecha de acceso 28 de mayo 2017]. URL. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>.

BIBLIOGRAFÍA

- Clark D, Beck A. Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. New York 2010. Edit. DESCLÉE DE BROWER, S.A. [Fecha de acceso 6 octubre del 2017]. URL. disponible en: [www. Ebooks.edesclée.com](http://www.Ebooks.edesclée.com).
- Diario Oficial El Peruano. Ley de la persona adulta mayor. Perú 2016. [en línea] [fecha de acceso 28 de mayo 2017]. URL. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>.
- Gaudencio C. Estado transcultural de la ansiedad. [en línea] [Fecha de acceso 15 Setiembre del 2015] URL disponible en: <http://eprints.ucm.es/tesis/19972000/S/4/S4012001.pdf>.
- Hernández MM, Horga JF, Navarro F, et al. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria. Novelda, España. [en línea]. [Fecha de acceso diciembre del 2015]. URL. Disponible en: www.san.gva.es.
- Hernández N, Sánchez J. Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Madrid. 2007. Edit. Amertown Internacional S.A. Libros en red. www.librosenred.com. Pp.185. [Fecha de acceso 6 octubre del 2017]. URL. disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=1597542156>.
- Palacios D, Salvadores P. Cuidados en personas mayores con alteraciones cognitivas y emocionales en residencias. Madrid 2013. Editorial DYKINSON. S. L. PP. 96. [Fecha de acceso 6 octubre del 2017]. URL. disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8490317070>.
- Resnik P, Cascardó E. Ansiedad, estrés, pánico y fobias. Buenos Aires. 1ª edición. Octubre 2016. Ediciones Argentina S.A. [en línea] [Fecha de acceso 12 de octubre del 2017]. PDF. disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=9876276816>.
- Rivero O, Paredes R. Ética en el ejercicio de la medicina. Pág. 196. Editorial Médica Panamericana. 2006. México. [En línea] [Fecha de

acceso 12 de octubre del 2015]. URL disponible en:<https://books.google.com.pe/books?isbn=9687988711>.

- Romero A. Temas para la asistencia clínica al adulto mayor: Consideraciones Bioéticas en Geriatría. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas. Cienfuegos Cuba. [En línea] 2007 [Fecha de acceso 28 de octubre del 2015]. URL disponible en: www.redalyc.org/pdf/1800/180020187001.pdf.
- Téllez JM, López J, Boix C, et al. Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. Rev Clin Med Fam. 2007; 2(2): 76-83. Trastornos de la ansiedad: Wendy Navas Orozco* María Jesús Vargas Baldares** [En línea] [Fecha de acceso diciembre del 2015]. URL disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>.
- Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixá M, Ferré C. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. Barcelona. Index Enferm vol.22 no.1-2 Granada ene./jun. 2013. [En línea] [Fecha de acceso 10 de noviembre del 2017] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>.

ANEXOS

		<ul style="list-style-type: none">- Moderado- Leve- Normal.		cardiovasculares <ul style="list-style-type: none">• Síntomas respiratorios• Síntomas gastrointestinales• Síntomas genitourinarios• Síntomas autónomos.
--	--	---	--	--

VARIABLE 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
PERCEPCIÓN DE ABANDONO.	Es la sensación respecto al abandono que es el desamparo o desatención física o afectiva y/o económica de que son objeto los adultos mayores, existiendo también la enfermedad y la soledad, que los hace muy vulnerables, siendo uno de los motivos la excesiva carga que representa un anciano en la familia.	Es la sensación de abandono que experimentan los adultos mayores hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Regional de Ica, información que se obtendrá con la aplicación de una entrevista, obteniendo el valor final de: <ul style="list-style-type: none"> - No se percibe abandonado. - Ligeramente abandonado - Medianamente abandonado. - Muy abandonado. - Totalmente abandonado. 	Escala según Teoría de Gestalt.	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad del acompañante - Material personal - Organización del familiar - Respeto de la familia - Preocupación de la familia - Satisfacción - Ayuda - Comunicación - Control médico - Visitas médicas - Tiempo de la familia - Abandono - Cuidador diario - Maltrato del cuidador.

ANEXO N° 2
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
GUÍA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA

PRESENTACION:

Estimado (a) señor(a), mi nombre es Heydi de la Cruz Arcos, soy Bachiller de Enfermería de la Universidad Privada “San Juan Bautista”, me encuentro realizando un estudio de investigación con el objetivo de determinar el “Nivel de ansiedad y Percepción de abandono en adultos mayores del Servicio de Medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza”, teniendo el propósito de beneficiar a los usuarios del Hospital.

INSTRUCCIONES:

A continuación le realizaré algunas preguntas las cuales Ud. responderá lo que crea conveniente sobre la base de las alternativas siguientes:

DATOS GENERALES

1. Edad:

- a) 60 – 70 años
- b) 71 – 80 años
- c) 81 años a más

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Estado Civil:

- a) Casado(a)
- b) Soltero(a)
- c) Divorciado
- d) Viudo

4. Grado de instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

5. Tiempo de Hospitalización:

- a) 5 días
- b) 6 a 8 días
- c) 9 a 10 días
- d) 11 días a más.

N°	Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
1	Estado de ánimo ansioso: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión, irritabilidad.	0	1	2	3	4
2	Tensión: Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3	Temores: A la oscuridad, a lo desconocido, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4	Insomnio: Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio, cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5	Intelectual (cognitivo): Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6	Estado de ánimo deprimido: Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones,	0	1	2	3	4

	depresión, despertar prematuro, cambios de humos durante el día.					
7	Síntomas somáticos generales (musculares): Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8	Síntomas somáticos generales (sensoriales): Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo.	0	1	2	3	4
10	Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12	Síntomas genitourinarios: Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13	Síntomas autónomos: Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos,	0	1	2	3	4

	cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).					
14	Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico): Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo, inquietud, pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.	0	1	2	3	4

Percepción de abandono según teoría de Gestalt

N°	INDICADORES	SI	NO
1	¿La persona que lo acompañó, se responsabilizó de usted, proporcionando datos verdaderos para su localización?	0	1
2	¿La persona que lo hospitalizó le trajo el material de uso personal?	0	1
3	¿Desde su internamiento en el hospital, su familia se organizó para cuidarlo?	0	1
4	¿Ocupa usted un lugar preferente de respeto en su familia?	0	1
5	¿Se interesa y preocupa su familia por sus problemas de salud?	0	1
6	¿Está satisfecho con la forma en la que la familia le expresa afecto y responde a sus sentimientos como enfado, tristeza y amor?	0	1
7	¿Recibe ayuda familiar en lo que se refiere a cuidados y mantenimiento de su salud cuando está en casa?	0	1
8	¿Existe buena comunicación con su familia?	0	1
9	¿Recibe asistencia médica de control?	0	1
10	¿Asiste solo a sus visitas médicas de control?	1	0
11	¿Su familia tiene tiempo para cuidarlo?	0	1
12	¿Se siente abandonado por su familia?	1	0
13	¿Tiene a alguien que se encargue todos los días de cuidarlo?	0	1

14	¿La persona encargada de cuidarle, lo maltrata?	1	0
TOTAL			

ANEXO N° 3
TABLA DE CODIFICACIÓN

DATOS GENERALES		
ÍTEMS	ALTERNATIVA	CÓDIGO
EDAD	a	1
	b	2
	c	3
SEXO	a	1
	b	2
ESTADO CIVIL	a	1
	b	2
	c	3
	d	4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	a	1
	b	2
	c	3
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	a	1
	b	2
	c	3
	d	4

NIVEL DE ANSIEDAD (EN EL TOTAL)				
AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
0	1	2	3	4

VARIABLE PERCEPCIÓN DE ABANDONO		
ÍTEM	SI	NO
1	0	1
2	0	1
3	0	1
4	0	1
5	0	1
6	0	1
7	0	1
8	0	1
9	0	1
10	1	0
11	0	1
12	1	0
13	0	1
14	1	0

ANEXO N° 4

PRUEBA DE ALFA DE CRONBACH PARA LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PARA AMBAS VARIABLES RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

Para determinar la confiabilidad del cuestionario, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Dónde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- K es el número de preguntas o ítems.

Se obtuvo los siguientes resultados estadísticos de confiabilidad:

VARIABLE	ALFA DE CRONBACH	Nº DE ELEMENTOS
VARIABLE 1	0.50	14
VARIABLE 2	0.70	14

- Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la confiabilidad.
- Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > \text{ó} = a$ 0.5, por lo tanto el instrumento para la primera variable es medianamente confiable y, para la segunda variable es muy confiable.

ANEXO Nº5

TABLA MATRÍZ DE DATOS GENERALES Y PRIMERA VARIABLE

N°	DATOS					ANSIEDAD																
	GENERALES					ANSIEDAD PSIQUICA								ANSIEDAD SOMÁTICA								
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	14	ST.	7	8	9	10	11	12	13	ST.	TOT.
1	1	2	2	2	3	1	1	2	3	2	3	1	13	2	2	0	1	2	1	0	8	21
2	2	1	1	2	1	1	0	1	3	2	3	0	10	2	3	0	0	2	1	1	9	19
3	1	1	2	3	2	2	0	2	2	1	2	1	10	2	2	2	2	3	2	1	14	24
4	2	2	3	3	3	1	0	2	3	2	2	1	11	2	1	0	1	1	2	2	9	20
5	2	1	3	2	4	1	1	2	3	1	2	1	11	1	2	1	1	2	3	1	11	22
6	3	2	4	3	2	1	1	1	2	1	2	1	9	2	1	2	1	1	1	1	9	18
7	2	1	2	2	3	2	2	2	4	1	2	2	15	2	2	0	0	2	1	1	8	23
8	1	1	2	2	4	1	0	1	3	2	3	1	11	1	2	1	1	1	2	0	8	19
9	2	2	3	1	2	1	0	1	2	2	3	1	10	2	1	0	0	3	2	1	9	19
10	2	1	4	2	4	1	0	0	3	2	3	2	11	1	2	1	2	2	3	1	12	23
11	1	2	2	3	3	1	1	1	3	1	2	1	10	2	3	1	1	1	3	1	12	22
12	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	11	2	2	0	1	2	3	2	12	23
13	1	2	2	3	3	1	1	1	3	1	4	1	12	2	2	1	1	2	2	1	11	23
14	2	1	1	3	4	1	0	1	2	2	3	2	11	2	2	0	1	1	2	1	9	20
15	1	2	3	2	1	1	0	1	3	2	4	1	12	2	2	2	2	3	2	2	15	27
16	1	2	2	3	2	2	2	2	3	2	4	1	16	3	2	2	0	2	1	1	11	27
17	2	1	3	2	2	1	1	2	4	1	2	1	12	1	2	1	2	1	3	2	12	24
18	1	1	3	2	2	1	1	1	3	1	2	0	9	1	2	1	0	1	2	1	8	17
19	2	2	1	1	1	1	0	0	2	1	2	1	7	2	3	2	1	2	2	1	13	20

20	1	1	2	3	3	2	1	1	3	2	3	1	13	2	2	0	2	2	1	0	9	22
21	2	2	2	3	4	2	2	2	4	2	4	1	17	2	1	2	1	1	1	0	8	25
22	2	1	2	2	3	2	2	1	3	2	2	2	14	1	1	1	1	2	2	2	10	24
23	3	2	4	2	2	2	2	2	3	2	4	1	16	2	2	2	1	1	3	1	12	28
24	2	2	2	2	4	1	1	0	3	2	4	2	13	1	2	1	0	2	2	1	9	22
25	2	2	2	2	3	1	0	1	2	1	2	0	7	1	1	0	1	1	2	2	8	15
26	2	1	3	2	2	2	1	1	3	2	2	1	12	2	2	1	1	3	1	0	10	22
27	1	1	4	3	2	2	2	2	3	2	3	2	16	2	1	2	1	1	3	0	10	26
28	2	1	2	2	4	2	1	1	2	1	2	1	10	1	2	1	0	1	3	1	9	19
29	2	2	2	3	2	1	0	0	3	2	2	1	9	2	2	1	0	1	2	1	9	18
30	2	1	3	1	2	1	2	1	3	2	3	1	13	1	1	0	0	3	3	2	10	23
31	3	1	4	2	4	1	1	2	3	1	2	1	11	1	2	1	1	2	2	2	11	22
32	3	2	1	3	4	2	1	2	3	2	3	1	14	2	2	1	2	2	3	2	14	28
33	2	2	2	2	1	2	2	2	4	2	4	1	17	2	2	2	2	2	2	2	14	31
34	1	1	3	3	1	2	1	1	3	2	4	2	15	2	2	1	0	3	2	2	12	27
35	1	2	2	3	4	1	0	1	3	1	2	0	8	2	1	1	0	1	3	2	10	18
36	2	1	1	3	1	1	0	0	3	2	2	1	9	2	2	0	1	2	2	0	9	18
37	1	2	2	3	3	1	1	2	4	2	3	2	15	2	2	0	2	2	1	0	9	24
38	1	1	3	3	3	2	2	1	3	2	2	1	13	2	1	0	1	1	1	2	8	21
39	2	1	3	2	4	2	1	2	3	1	2	1	12	1	2	1	1	2	3	2	12	24
40	3	2	2	1	2	1	2	2	3	2	3	0	13	2	2	2	1	3	2	1	13	26
41	2	1	2	2	4	1	0	0	2	2	4	1	10	1	2	0	1	1	2	2	9	19
42	2	2	2	2	3	2	2	1	3	2	4	0	14	1	1	0	0	1	1	1	5	19
43	3	1	4	2	3	1	1	2	3	2	3	1	13	2	3	2	1	2	3	2	15	28
44	2	2	3	2	4	1	2	2	3	1	4	2	15	2	1	1	1	2	1	0	8	23

45	2	2	4	3	2	2	1	2	3	2	3	1	14	2	3	0	1	1	1	0	8	22
46	2	2	2	1	3	1	2	2	4	2	3	2	16	1	2	1	1	2	1	1	9	25
47	1	2	2	2	3	2	1	1	3	1	3	0	11	2	1	1	0	1	0	0	5	16
48	1	2	3	2	2	1	1	1	3	2	4	2	14	1	1	0	1	3	1	1	8	22
49	3	2	4	2	4	1	0	0	2	2	2	1	8	2	3	1	2	2	1	2	13	21
50	1	1	3	3	3	2	1	1	2	2	2	0	10	2	1	2	0	2	1	2	10	20
51	1	2	2	3	4	1	0	1	3	1	2	0	8	2	1	1	0	1	3	2	10	18
52	2	1	1	3	1	1	0	0	3	2	2	1	9	2	2	0	1	2	2	0	9	18
53	1	2	2	3	3	1	1	2	4	2	3	2	15	2	2	0	2	2	1	0	9	24
54	2	2	3	2	4	1	2	2	3	1	4	2	15	2	1	1	1	2	1	0	8	23
55	2	2	4	3	2	2	1	2	3	2	3	1	14	2	3	0	1	1	1	0	8	22
56	2	2	2	1	3	1	2	2	4	2	3	2	16	1	2	1	1	2	1	1	9	25

TABLA MATRÍZ DE LA SEGUNDA VARIABLE

Nº	PERCEPCIÓN DE ABANDONO														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL
1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	4
2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4
3	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3
5	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	8
6	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	7
7	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	8
8	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3
9	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	8
10	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
11	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	6
12	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
13	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4
14	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	6
15	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	5
16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
18	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	6
19	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	5
20	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	6

21	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	5
22	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	5
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3
24	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
25	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	4
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	8
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3
30	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	7
31	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3
32	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	10
33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
34	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5
35	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	11
36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
38	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	9
39	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	6
40	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
41	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
42	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	6
43	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	6
44	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	6
45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
47	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	5
48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
49	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	8
50	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	9
51	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	11
52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
54	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	6
55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2

ANEXO N° 6

TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES

TABLA 2

**ANSIEDAD PSÍQUICA EN ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA
NOVIEMBRE 2017**

ANSIEDAD PSÍQUICA	Fr.	%
Normal (0 a 7)	02	2,8
Leve(8 a 13)	35	53,7
Moderado (14 a 18)	19	43,5
Severo (19 a 22)	00	00
Muy severo (> a 22)	00	00
Total general	56	100,0

TABLA 3

**ANSIEDAD SOMÁTICA EN ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA
NOVIEMBRE 2017**

ANSIEDAD SOMÁTICA	Fr.	%
Normal (0 a 7)	02	5,6
Leve(8 a 13)	49	86,5
Moderado (14 a 18)	05	7,9
Severo (19 a 22)	00	00
Muy severo (> a 22)	00	00
Total general	56	100,0

TABLA 4
PERCEPCIÓN DE ABANDONO EN ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA
NOVIEMBRE 2017

PERCEPCIÓN DE ABANDONO	Fr.	%
No se percibe abandono (0 A 2)	16	28,6
Ligeramente abandonado (3 A 5)	19	33,9
Medianamente abandonado (6 A 8)	16	28,6
Muy abandonado (9 A 11)	05	8,9
Totalmente abandonado (12 A 14)	00	00
Total general	56	100,0

ANEXO N°6
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....he sido invitado a formar parte de una investigación para determinar el nivel de ansiedad y percepción de abandono de los adultos mayores, la Bachiller Heydi de la Cruz me ha manifestado que la información y respuestas que brinde serán anónimas y confidenciales. Me ha indicado la importancia de la investigación, así como también que tengo el derecho a negarme a contestar las preguntas si así lo considero, y que tengo el derecho a conocer los resultados de la investigación.

Asegurando mi participación firmo en señal de aceptación.

Firma del participante

Firma de la Bachiller

Lugar y fecha