

**UNIVERSIDAD “SAN PEDRO”**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA**



**Ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado, en  
el servicio de medicina del Hospital Chancay, 2018**

Tesis para obtener el Título de Licenciado en Enfermería

**Autor:**

**Huamán Valencia, Jorge Miguel**

**Asesora:**

**Lic. Abarca Cabanillas, Sebastiana Teodosia**

Huacho – Perú

2019

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ESTUDIO ENFERMERÍA  
FILIAL HUACHO**

**ACTA DE DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS N.º 005-2019**

En la ciudad de Huacho, siendo las 20:35 pm. del día 14 de Octubre del año dos mil diecinueve, y estando dispuesto al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro/RCU 2659-2018 en su artículo 22º, se reunió el Jurado Evaluador integrado por:

<b>Mg. Delfina Benida Racacha Valladares</b>	<b>Presidenta</b>
<b>Mg. Dina Teresa Ayala Crisóstomo</b>	<b>Secretaria</b>
<b>Lic. Rocío del Pilar Toledo Lucho</b>	<b>Vocal</b>

Con el objetivo de evaluar la sustentación del informe de tesis titulado “**Ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018**”, presentado por el bachiller:

**Jorge Miguel Huaman Valencia**

Efectuada la revisión y evaluación del mencionado informe, el Jurado Evaluador emite el siguiente fallo: **APROBAR** por **UNANIMIDAD** la sustentación de tesis, quedando expedito el bachiller para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

Acto seguido fue llamado el bachiller, a quien la Secretaria del Jurado Evaluador dio a conocer en acto público el resultado obtenido en la sustentación. Siendo las 21:25 pm. se dio por terminado dicho acto.

Los miembros del Jurado Evaluador firman a continuación, dando fe de las conclusiones del acta:



\_\_\_\_\_  
**Mg. Delfina Benida Racacha Valladares**  
**Presidenta**



\_\_\_\_\_  
**Mg. Dina Teresa Ayala Crisóstomo**  
**Secretaria**



\_\_\_\_\_  
**Lic. Rocío del Pilar Toledo Lucho**  
**Vocal**

c.c.: Interesada  
Expediente  
Archivo.

## **DEDICATORIA**

A Dios por haberme regalado el don de la vida y brindarme fortaleza cada día y así cumplir con el logro de un objetivo más en mi vida profesional.

A mi madre, por ser el apoyo incondicional que tuve desde el inicio de mis estudios.

A mi abuelo Alipio por ser un consejero con mucha sabiduría que sin el hoy no tendría los valores que me ayudan cada día en mi vida.

A mi Laili por su amor y paciencia por estar a mi lado en mis momentos de alegría y de tristezas por tus palabras que me han ayudado a ser cada día mejor y regalarme a mi princesa Georgette, lo mejor de mi vida que llego para fortalecer nuestro amor y que con su llegada transformo mi vida convirtiéndolas en mi motor y motivo de seguir superándome cada día las amare siempre.

## **AGRADECIMIENTO**

A las personas que estuvieron involucrados directa o indirectamente para realizar este trabajo que concluye con el logro de un objetivo profesional en mi vida.

Agradecer a mis padres por el apoyo incondicional durante mi etapa universitaria.

A mi asesora Lic. Sebastiana Abarca Cabanillas quien me guio en el desarrollo de esta investigación

A mis docentes de pre- grado quienes me formaron compartiendo sus conocimientos y experiencias y me enseñaron a amar esta carrera profesional.

A mis jurados por su apoyo incondicional y su paciencia para el desarrollo de este reto muy importante en mi vida,

Al personal del Hospital de Chancay por brindarme su apoyo en la realización de mi estudio de investigación.

Gracias, a todos.

El autor

## **DERECHOS DE AUTORÍA**

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, solo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines deferentes debe tener la autorización del autor.

La Escuela Profesional de Enfermería dela Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida de esta publicación

El autor

## INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
DERECHOS DE AUTORÍA .....	v
INDICE DE CONTENIDO .....	vi
INDICE DE TABLAS .....	viii
INDICE DE FIGURAS .....	ix
PALABRAS CLAVES .....	x
KEYWORDS .....	x
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT .....	xii
INTRODUCCIÓN .....	1
1. Antecedentes y fundamentación científica .....	2
2. Justificación .....	6
3. Problema .....	7
4. Conceptuación y Operacionalización de variables .....	7
4.1. Marco teórico .....	7
4.2. Operacionalización de la variable .....	18
5. Hipótesis .....	22
6. Objetivos .....	22
METODOLOGÍA .....	23
1. Tipo y Diseño de Investigación: .....	23
2. Población y Muestra: .....	23
3. Técnicas e instrumentos de investigación .....	24
4. Procesamiento y análisis de la información .....	25

RESULTADOS.....	26
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	33
1. Discusión.....	33
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	35
1. Conclusiones.....	35
2. Recomendaciones.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	37
ANEXO .....	40

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla N° 1:</b> Caracterización sociodemográfica del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018. ....	26
<b>Tabla N° 2:</b> Distribución según nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el servicio de medicina del hospital de chancay de julio a octubre del 2018. ....	28
<b>Tabla N° 3:</b> Indicadores de ansiedad psíquica según escala de Hamilton del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.....	29
<b>Tabla N° 4:</b> Indicadores de ansiedad somáticas según escala de Hamilton del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.....	30
<b>Tabla N° 5:</b> Nivel de ansiedad según el grupo etario del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018. ....	31
<b>Tabla N° 6:</b> Nivel de ansiedad según el grado de instrucción del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018. ....	32

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura N° 1:</b> Caracterización sociodemográfica del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay del 2018. ....	27
<b>Figura N° 2:</b> Distribución según nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el servicio de medicina del hospital de chancay, 2018.....	29
<b>Figura N° 3:</b> Indicadores de ansiedad psíquica según escala de Hamilton del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.....	30
<b>Figura N° 4:</b> Indicadores de ansiedad somáticas según escala de Hamilton del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.....	31
<b>Figura N° 5:</b> Nivel de ansiedad según el grupo etario del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018. ....	32
<b>Figura N° 6:</b> Nivel de ansiedad según el grado de instrucción del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018. ....	33

## **PALABRAS CLAVES**

Ansiedad, adulto mayor, discapacidad, hospitalizado.

## **KEYWORDS**

Anxiety, elderly, disability, hospitalized.

**Línea de investigación: SALUD PUBLICA**

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación titulado "Ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital de Chancay 2018", tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital de Chancay” Dr. Hidalgo Atoche López” de Julio a setiembre del 2018. El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal, se trabajó con una población de 65 adultos discapacitados hospitalizados que cumplieron con los criterios de inclusión y para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento la escala de ansiedad de Hamilton que valora los signos y síntomas somáticos y psíquicos del paciente a evaluar. En los resultados se evidencia un nivel grave de ansiedad con un 95,4% y solo un 4,6% obtuvo un nivel moderado de ansiedad, además se pudo encontrar que de los pacientes hospitalizados el 49,2% de los pacientes son del género masculino y el 50,8% son del género femenino, referente a la edad el grupo predominante se encuentra dentro del rango de 61 a 65 años con el 43,1%. Según el grado de instrucción el 3,1% es analfabeto, el 33,8% tiene estudios de primaria, el 46,2% tiene estudios secundarios y el 16,9% tiene estudios superiores, finalmente, en referencia al estado civil el 13,8% es soltero, el 23,1% es conviviente, el 24,6% es casado y el 38,5% es viudo, los resultados obtenidos se trabajaron con el programa estadístico SPSS v25, también se utilizó Microsoft Office Excel para el procesamiento de datos que serán representaron a través de cuadros y figuras.

## **ABSTRACT**

The present research work entitled Anxiety of the disabled elderly adult hospitalized in the medicine service of the Chancay Hospital 2018, aimed to determine the level of anxiety of the disabled elderly patient hospitalized in the medicine service of the Chancay Hospital” Dr. Hidalgo Atoche López” from July to September 2018. The study was descriptive, prospective of cross-sectional study, a population of 65 hospitalized disabled adults who met the inclusion criteria was used and the data collection technique was used. Survey and as an instrument the Hamilton anxiety scale that assesses the somatic and psychic signs and symptoms of the patient to be evaluated. The results show a serious level of anxiety with 95.4% and only 4.6% obtained a moderate level of anxiety, it was also found that 49.2% of the patients are of the gender in hospitalized patients male and 50.8% are female, referring to age the predominant group is within the range of 61 to 65 years with 43.1%. According to the degree of instruction 3.1% is illiterate, 33.8% have primary education, 46.2% have secondary education and 16.9% have higher education, finally, in reference to marital status 13,8% are single, 23.1% are living together, 24.6% are married and 38.5% are widowers, the results obtained were worked with the statistical program SPSS v25, Microsoft Office Excel was also used for Data processing that will be represented through tables and figures.



## INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un síntoma frecuente que se presenta en el anciano hasta en un 20%, que se relaciona erróneamente a la vejez. Los trastornos ansiosos del anciano constituyen un reto conceptual, asistencial y terapéutico que no ha recibido la debida atención y tratamiento. Todos los seres vivos estamos dotados de un sistema biológico que nos permite experimentar ansiedad manifestada por signos o síntomas somáticos o psíquicos que ocurren de forma normal en alguna etapa de nuestra vida. En su forma mórbida o patológica constituye, en muchos casos, una forma extra de presentación de los miedos o vivencias normales en la vida y la forma en la que se presentan los trastornos de ansiedad o afectivos están determinados por el momento del desarrollo en el que aparecen.

La ansiedad patológica consiste en la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión. La persona que tiene ansiedad teme volverse loca, morirse o realizar un acto incontrolable.

Las respuestas de ansiedad incluyen síntomas cognitivos y somáticos que son característicos y que expresan la activación del sistema autonómico (inquietaud psicomotriz, piloerección, taquicardia, taquipnea, sensación de muerte inminente, tensión, etc.). Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y de consecuencias casi irreparables, pues pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social.

## **1. Antecedentes y fundamentación científica**

Galarza,X, (2016) realizo un trabajo de tipo descriptivo sobre niveles de ansiedad en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Alfredo Noboa Montenegro en el Ecuador , el estudio de tipo descriptivo que se realizó en 110 pacientes a quienes se le aplico la escala de Hamilton se concluyó que el rango de 0 a 5 no presento ansiedad con un 45%, 6 a 14 ansiedad leve se obtuvo un 43% y en el rango  $> 15$  ansiedad moderada/grave con un 12%, grupo etario 55 a 59 años con un 28%, según genero predomino en hombres esta encuesta fue aleatoria, los divorciados con un 38.1% .

Buitrago L. (2017), realizo un estudio de tipo descriptivo en Colombia sobre los niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en una institución geriátrica a un total de 120 adultos mayores y les aplico la escala ansiedad de Goldberg (E.A.D.G) y la escala de estrés percibido (EEP), en los cuales no se encontraron niveles significativos de ansiedad y estrés en la población objeto, lo que lleva a concluir que la condición de estos adultos mayores no los está afectando debido a la capacidad de adaptación que poseen, gracias a los beneficios que les brinda el hogar.

Hernandez, F y Pozo ,O ( 2015) realizaron un estudio de tipo descriptivo en pacientes hospitalizados para medir niveles de depresión y ansiedad, se realizó en 80 pacientes y se utilizó la escala de Hamilton donde se concluyó los pacientes desarrollaron síntomas de ansiedad y depresivos, posterior al mes de ingreso y con un ligero predominio en el género femenino

Rivera, M ( 2014) realizó un estudio de tipo descriptivo sobre el Comportamiento de la Discapacidad motora y cognitiva en la población del adulto mayor hospitalizado en un hospital de la Habana , se realizó en 485 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina se aplicó una guía de observación y se concluyó que del total de la población mayor de 60 años hay un predominio de la discapacidad motora con indicadores somáticos con 271 pacientes que son el 55.9% mientras que 214 pacientes tiene discapacidad mental por indicadores psíquicos que

son el 44.1%”.

De la Cruz, H (2017) realizo un estudio en Ica para medir el nivel de ansiedad en los adultos mayores del Hospital Augusto Hernández Mendoza se realizó con 56 pacientes y se les aplico la escala de Hamilton donde concluyo : El nivel de ansiedad según ansiedad psíquica y ansiedad somática, es leve; 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.

Contreras, E (2017) realizado en el Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara en Lima para conocer los factores asociados a los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina la muestra estuvo conformada por 99 pacientes con tiempo de hospitalización mayor a 48 horas. Los resultados obtenidos dieron como resultados lo siguiente, 85.2% de los pacientes presentaron ansiedad y depresión y el 14,8% tenían antecedentes de depresión, los factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria fueron: el sexo, la ausencia de acompañante, diabetes y antecedente de depresión.

Salazar C, (2015) con el objetivo de medir la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina del Hospital Dos de Mayo en Lima trabajo con 104 pacientes. Se aplicó un instrumento diseñado en el que además se recogieron variables sociodemográficas, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Beck Depression Inventory (BDI), APACHE II, se llegó a la siguiente conclusión: 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.

Dieron como resultados lo siguiente, 85.2% de los pacientes presentaron ansiedad y depresión y el 14,8% tenían antecedentes de depresión, los factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria fueron: el sexo, la ausencia de acompañante, diabetes y antecedente de depresión.

## **Fundamentación Científica**

### **Bases Teóricas**

#### **Teoría y modelo de Dorothy Johnson.**

##### **Según (Raley, 2011)**

El modelo de Johnson considera al ser humano como un sistema conductual compuesto por siete de subsistemas interactivos e integrales. Cada subsistema tiene objetivos estructurales tales como: meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta; y funcionales, protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento.

Los subsistemas según Dorothy E. Johnson son siete:

**De dependencia:** Promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca, sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la asistencia física, la conducta dependiente evoluciona desde un grado total de dependencia de los demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo (Raley, 2011).

**De Ingestión:** Tiene que ver con cómo, cuándo, qué y cuanto y en qué condiciones nos alimentamos; cumple así la amplia función de satisfacer el apetito. Se encuentra estrechamente relacionado con factores ecológicos, sociales además de biológicos. (Raley, 2011)

**De eliminación:** Se relaciona con cuando, como y en qué condiciones se

produce la eliminación, en los aspectos biológicos de este subsistema influyen factores sociales y fisiológicos hasta el punto que pueden entrar en conflicto con él. (Raley, 2011)

**Sexual:** Obedece a la doble función de procreación y de satisfacción, incluye el cortejo y el emparejamiento y del mismo modo contempla un amplio espectro de conductas asociadas con el papel sexual. (Raley, 2011)

**De agresividad:** Consiste en proteger y conservar y proviene de una intención primaria de dañar a los demás. La sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a las personas como a su propiedad. (Raley, 2011)

**De realización:** Su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar cierto grado de superación, a ésta se relacionan estrechamente las cualidades intelectuales, físicas, mecánicas y sociales (Raley, 2011).

**De afiliación:** Proporciona supervivencia y seguridad. Sus consecuencias son inclusión, intimidad, y formación y mantenimiento sociales de un enlace social fuerte (Raley, 2011).

**Salud:** Es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores, psicológicos y sociales. Se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona.

**Enfermería:** Es una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual

Según el Modelo, los conceptos de la

meta-paradigma son los siguientes:



Elaboración propia del autor

**Persona:** Es un sistema abierto, interrelacionado se esfuerza constantemente en una situación estable mediante la adaptación al entorno.

...nan parte del  
...e su vida. La

**Entorno:** Se compone de todos los factores que no forman parte del sistema conductual del individuo pero que influyen en el algunos de ellos pueden ser utilizados por la enfermera a favor de la salud del

mismo de las pautas interactivas de la persona – entorno es esencial para el cambio de conducta. En el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción (Raley, 2011).

## 2. Justificación

La hospitalización es de por sí una situación estresante donde el lenguaje incomprensible del personal de salud, el miedo a las técnicas y procedimientos invasivos entre otras constituyen situaciones que favorecen sentimientos de ansiedad, miedo, temor, ansiedad, generando estrés que puede progresar hasta la angustia o crisis situacional sobretodo en la familia cuando el paciente está muy delicado. Por tal motivo el profesional de enfermería, durante su cuidado se ven obligados a aliviar la ansiedad del paciente y la familia. En este contexto la presente investigación se justifica en la necesidad de obtener resultados reales y de carácter científico sobre el nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el servicio de medicina , que serán utilizados con la finalidad de tomar acciones que ayuden a disminuir el nivel de ansiedad a través de la implementación de estrategias y metodología adecuada que motive al equipo de salud del servicio y estén encaminadas a evitar y/o disminuir los niveles de ansiedad del adulto mayor discapacitado y así se involucren más cumpliendo su función como educadores, y

agente de cambio, asumiendo su rol en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad tomando conciencia de esta realidad.

Es importante resaltar que el cuidado de enfermería desde la perspectiva holística redundará en un trato humanizado de gran utilidad y beneficio para la buena adaptación del adulto mayor discapacitado, sabiendo que la ansiedad de no ser tratados adecuadamente puede complicarse y agravar los problemas de salud de una persona discapacitada.

### **3. Problema**

¿Cuál es el nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018?

### **4. Conceptuación y Operacionalización de variables**

#### **4.1. Marco teórico**

##### **Ansiedad**

Guía Práctica Clínica (2006) define a la ansiedad (del latín anxietas, angustia, aflicción) como una anticipación de un daño, que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de un signo de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite al sujeto que adopte la medida necesaria para enfrentarse a una amenaza. La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas circunstancias y constituye una respuesta habitual a diferentes condiciones cotidianas estresantes, por lo tanto, cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Únicamente cuando excede cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se transforma en patología, provocando malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales. (p 50-52)

La ansiedad es un proceso natural de activación fisiológica que hace movilizar a los seres humanos y otros animales ante el peligro. A esta respuesta también se la denomina lucha-huida.

Según Tobal ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser licitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes (SALUD, 2005).

**Factores de la ansiedad.** Los expertos sugieren que una persona puede estar “en riesgo” de desarrollar un trastorno de ansiedad si presenta una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales:

**Factores biológicos.** La ansiedad puede acompañar a otros problemas de salud mental como, por ejemplo: la depresión o enfermedades como el cáncer o la enfermedad cardíaca (del corazón). Además, la genética puede cumplir un rol en el desarrollo de los problemas de ansiedad. Es decir, si en su familia existen personas que padecen trastornos de ansiedad, usted puede estar predispuesto a sufrirla. También es importante destacar que los desequilibrios químicos del cerebro pueden contribuir y estar presentes al comienzo de los trastornos de ansiedad. (Cavarrubias, 2012)

**Factores psicológicos.** Sus pensamientos pueden influir sus sentimientos sobre usted mismo. Por ejemplo: el pensamiento puede provocarle ansiedad, como así también puede causarle ansiedad apresurarse a sacar conclusiones y pensar que va a ocurrirle lo peor, o preocuparse demasiado sobre lo que piensan los demás. (Cavarrubias, 2012)

**Factores sociales.** Si usted ha sido expuesto a situaciones estresantes (como, por ejemplo: violencia, abuso, pobreza por largos períodos de tiempo) o ha experimentado un evento difícil (como un divorcio o la muerte de un ser querido), usted puede ser más susceptible a padecer ansiedad. (Cavarrubias, 2012)

## **Síntomas**

### **Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento**

Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores:

- Preocupación
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad)
- Inseguridad
- Dificultad de concentración
- Miedo o temor
- Anticipación de peligro o amenaza
- Aprensión
- Dificultad para la toma de decisiones
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente,
- Acompañada por dificultad para pensar con claridad.
- Aprensión: respuestas de miedo, pero en términos físicos.

### **Síntomas motores u observables**

- Hiperactividad
- Movimientos torpes o desorganizados
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal
- Conductas de evitación
- Paralización motora

### **Síntomas fisiológicos o corporales:**

Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano:

- **Síntomas Cardiovasculares:** palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.

- **Síntomas respiratorios:** sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- **Síntomas gastrointestinales:** náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- **Síntomas genitourinarios:** micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- **Síntomas neuromusculares:** tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- **Síntomas neurovegetativos:** sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos, lipotimia (Cavarrubias, 2012).

### Clasificación de Ansiedad

	<b>Ansiedad normal o psíquica</b>	<b>Ansiedad patológica o somática</b>
<b>Características Generales</b>	Episodios poco frecuente Intensidad leve a media Duración limitada	Episodios repetidos. Intensidad alta. Duración prolongada
<b>Situación o estímulo estresante</b>	Reacción esperada y común	Reacción desproporcionada
<b>Grado de sufrimiento</b>	Limitado y transitorio	Alto y duradero
<b>Grado de interferencia en la vida cotidiana</b>	Ausente o ligero	Profundo

Elaboración propia del autor

### Consideraciones sobre la ansiedad en el anciano

Actualmente en el concepto de ansiedad se reconoce un componente cognitivo y un componente somático. La experiencia clínica hace pensar que las personas ancianas, a menudo, prestan más atención a los síntomas somáticos, minimizando los

aspectos cognitivos. Los trastornos de la ansiedad representan la forma más común de enfermedad mental que los adultos mayores experimentan y aun frecuentemente no son detectados y por lo tanto no son tratados. Diagnosticar en el adulto mayor ansiedad es complejo, por lo que en ocasiones se presenta a la vez con depresión y demencia y en otros casos se confunde con enfermedades agudas que presentan la misma sintomatología como lo son palpitaciones, dificultad al respirar, cambios en el apetito y debilidad, por lo que se recomienda realizar un examen a profundidad por un especialista en geriatría (SALUD O. M., 2013).

### **Abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad en edades tardías**

El tratamiento de los trastornos de ansiedad en el anciano exige una valoración integral que considere los aspectos físico, intelectual, ambiental y social del paciente. El éxito en el tratamiento comienza con diagnóstico preciso, distinguiéndose cinco áreas en dicho campo:

**A.-Médica.** - El clínico debe descartar causas originarias o potenciadoras de los cuadros de ansiedad (arritmias, injurias vasculares cerebrales, excesos cafeínicos, déficit vitamínico, alteraciones endocrinas o electrolíticas...)

**B.-Psiquiátrica.** - Se debe descartar la presencia de otros trastornos psiquiátricos (depresiones).

**C.-Farmacológica.** - Diversos fármacos pueden provocar o exacerbar síntomas ansiosos, como los neurolépticos (acatisia por haloperidol), antidepresivos, anticolinérgicos, broncodilatadores, corticoides.)

**D.-Síndrome Ansioso Específico.** - Distinguir si los síntomas corresponden a una crisis de angustia, a una fobia, a un trastorno obsesivo-compulsivo.

**E.-Cambios familiares o ambientales en el entorno del paciente** - Una vez realizado el examen diagnóstico el clínico debe tratar las causas primarias de dicha ansiedad (cambios ambientales, tratar una enfermedad médica, revisión de la medicación...). Sin duda, tratar los síntomas de ansiedad sin tratar la causa primaria de la misma puede conducir a resistencias al tratamiento y a una prolongación del sufrimiento del paciente. (SALUD O. M., 2013).

## **Discapacidad**

El 13 de diciembre de 2006, las Naciones Unidas acordaron formalmente la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, el primer tratado del sistema de derechos humanos del Siglo XXI, para proteger y reforzar derechos y la igualdad de oportunidades de la cerca 650 millones de personas con discapacidad que se estima hay a nivel mundial. (Carrascal, 2014).

Las discapacidades se pueden aglutinar en tres troncos principales: de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta y de comunicación.

Disfuncionalidad motriz, particularmente por alteraciones en las extremidades

Hipoacusia

Problemas de visión incluyendo ceguera.

El término "discapacidad" fue aceptado por la Real Academia Española hace 10 años. Existen otros términos quizás más comunes como "incapacidad", "minusválido", "inválido" pero estos pueden dar a entender que las personas con discapacidad son personas "sin habilidad", "de menor valor" o "sin valor". En comparación con estas acepciones, la discapacidad tiene que ver con "la disminución de una capacidad en algún área específica".

### **Proceso discapacitante (modelo medico):**

Daño o enfermedad = Deficiencia = Discapacidad = Minusvalía

Socialmente esta secuencia de acontecimientos, se evidenciaría según el proceso que se inicia con la: situación intrínseca (enfermedad), exteriorización (deficiencia) objetivación (discapacidad) y generalización (minusvalía).

### **Deficiencia:**

"Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica". A su vez la deficiencia se clasifica en los siguientes tipos:

- **Deficiencia Anatómica:** Afectación física o corporal, por ejemplo, la falta de un miembro.
- **Deficiencia Fisiológica:** Afectación de una función, por ejemplo, la paraplejía, que al estar afectada la médula espinal, se pierde la conexión neurológica con las piernas, y éstas, estando íntegras anatómicamente, no tienen posibilidad alguna de movimiento. (Ursula, 2004)
- **Deficiencia Sensorial:** Afectación relacionada con los órganos de los sentidos. (Ursula, 2004).

### **Bases conceptuales de la discapacidad**

La condición de salud es un proceso dinámico biológico social en que el sano y el enfermo son dos momentos de un mismo proceso. El individuo sano o enfermo está actuando en el ambiente en que vive, integrado a su familia, a su casa, al trabajo, recreación, ocio, diversión y deportes, es decir que su calidad de vida va a depender directamente de la "calidad de sus actividades" para participar plenamente o aislarse de la sociedad.

Existen dos tipos de enfoques de ver la discapacidad en sí: el enfoque social y el enfoque médico.

- **Enfoque social**

El enfoque social de la discapacidad considera la aplicación la "discapacidad" principalmente como problema social creado y básicamente como cuestión de la integración completa de individuos en sociedad (la inclusión, como los derechos de la persona con discapacidad). En este enfoque la discapacidad, es una colección compleja de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social, razón por la cual la gerencia del problema requiere la acción social y es responsabilidad colectiva de la

sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación completa de la persona con discapacidad en todas las áreas de la vida social.( Caballero 2000).

- **Enfoque médico**

En el aspecto médico se ve a la discapacidad como una enfermedad, causando directamente una deficiencia, el trauma, o la otra condición de la salud que por lo tanto requiere la asistencia médica sostenida proporcionada bajo la forma de tratamiento individual por los profesionales. (Caballero 2000)

- **Tipos de discapacidad.** Existen los siguientes tipos de discapacidad: física, psíquica, sensorial e intelectual o mental. Cada uno de los tipos puede manifestarse en distintos grados de discapacidad, y una persona puede tener varios tipos de discapacidades al mismo tiempo, con lo cual encontramos un amplio abanico de personas con discapacidad. (Caballero ,2000)
- **Discapacidad física o motora.** La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas. (Caballero, 2000)
- **Discapacidad sensorial.** La discapacidad sensorial corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psico-sociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales. (Caballero, 2000)
- **Discapacidad psíquica.** Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta "trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes".La discapacidad psíquica puede ser provocada por diversos trastornos mentales, como la depresión mayor, la esquizofrenia,

el trastorno bipolar; los trastornos de pánico, el trastorno esquizomorfo y el síndrome orgánico. También se produce por autismo o Síndrome de Asperger. (Caballero, 2000)

- **Discapacidad intelectual o mental.** Si bien es cierto, el término Discapacidad Intelectual no ha sido definido como tal, en la actualidad el concepto más empleado es el que propone la AAMR (*American Association on Mental Retardation*) en su edición de 1992 “El retraso mental se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual.”. (Caballero, 2000)

### **Adulto mayor**

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud, establece el uso del término “adulto mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones como viejo, anciano, geronto, entre otros. Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano determinado como el proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, que consecuentemente incrementan la esperanza de vida, genera nuevas condiciones socio económicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etario. El adulto mayor, por sus características físicas, psicológicas y sociales, requiere una atención especial y diferente que permita suplir sus necesidades a diferentes niveles., los problemas de adaptación y las enfermedades de la población anciana y de la vejez; con la participación de ciencias biológicas, psicológicas y sociales. (Del Barrio, 2007)

Hay diversas escalas o test que nos ayudan a valorar la ansiedad se mencionará para conocimiento debemos saber si cuantificamos la frecuencia o la intensidad de las reacciones de ansiedad que tenemos normalmente (preocupaciones, inseguridad, temor, palpitaciones, aceleración cardiaca, evitación de situaciones, etc.) podemos medir nuestro nivel de ansiedad. Pero tenemos que comparar nuestro nivel de ansiedad con una norma (con las respuestas de una gran muestra de personas). Con el propósito de medir o evaluar la ansiedad se han construido muchos instrumentos de

uso profesional cuyas propiedades psicométricas (fiabilidad, validez, etc.) han sido bien estudiadas. En España, se elaboró el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), que fue desarrollado por los profesores de la Universidad Complutense de Madrid Juan José Miguel Tobal y Antonio Cano Vindel. Publicado en el año 1986, ha sido traducido y adaptado a más de una docena de países y lenguas diferentes. Se trata de un test psicológico que permite medir el nivel de ansiedad de cualquier individuo, a partir de los 15-16 años. El ISRA evalúa el nivel general de ansiedad (rasgo general de personalidad ansiosa), los tres sistemas de respuesta por separado (lo que pensamos, regulado por el sistema cognitivo; lo que sentimos a nivel corporal, o sistema fisiológico; y lo que hacemos, o sistema conductual-motor), así como cuatro rasgos específicos de ansiedad o áreas situacionales (ansiedad ante situaciones de evaluación, ansiedad en situaciones sociales o interpersonales, ansiedad en situaciones fóbicas, y ansiedad en situaciones de la vida cotidiana). Esta evaluación no será muy precisa, pero sí podremos tener una cierta idea de cuál puede ser nuestro nivel de ansiedad. Vamos a trabajar con una selección de ítems o cuestiones, extraídos del ISRA. (Cano, 2016)

También tenemos el test de ansiedad que fue diseñado por Zung en el año 1971 con objeto de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad. Según su autor, debería permitir el seguimiento, cuantificar los síntomas, ser corta y simple y estar disponible en dos formatos. Los resultados no parecen influenciarse por la edad, pero sí por el sexo, la clase social, la profesión, la religión y la nacionalidad. Se ha utilizado en estudios sobre patologías psiquiátricas, farmacológicos cuadros médicos no psiquiátricos y en población normal como ancianos y pilotos para valorar la ansiedad. (Almeria, 2019)

El Inventario de Ansiedad de Beck es un breve cuestionario autoadministrado con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y adolescentes, que viene siendo utilizado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual. El Inventario (BAI) fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 80, y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad

de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión.

El Inventario de Ansiedad de Beck puede utilizarse para evaluar y establecer una línea base de ansiedad, como una ayuda para el diagnóstico clínico, para detectar la eficacia del tratamiento a medida que avanza, y como medida de resultado post-tratamiento.

Otras ventajas del BAI incluyen su rápida y fácil administración, la repetibilidad, la discriminación entre los síntomas de la ansiedad y la depresión, la capacidad para poner de relieve la conexión entre la mente y el cuerpo en aquellas personas que buscan ayuda para reducir su ansiedad, y una probada validez en diferentes idiomas, culturas y grupos de edad. Algunos investigadores han sugerido que los ítems del BAI pueden ser menos sensibles a los síntomas secundarios a un trauma, más sensibles a trastornos de pánico de lo que es a los síntomas de otros trastornos de ansiedad, y sugieren la necesidad de establecer normas de interpretación separadas para hombres y mujeres. (Psicopedia, 2019)

#### 4.2.Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
<p><b>Ansiedad del adulto mayor discapacitado</b></p>	<p>(Cano, 2004) propone que la ansiedad es de cierta manera muy similar al miedo y comparte una serie de características comunes con otras emociones como el enfado, ya que pueden provocar las mismas reacciones físicas en algunas personas. La ansiedad es una reacción emocional que surge ante situaciones de alarma, de peligro o situaciones ambiguas y de resultado incierto; prepara al</p>	<p>La ansiedad es una emoción que nos surge en situaciones de amenaza o peligro. (Miedo, fobia, angustia, tensión, preocupación,) La ansiedad en el adulto mayor no es una parte normal del envejecimiento sin embargo se estima que 1 de 10 personas adultas mayores padecen un trastorno de ansiedad; Esto se debe al estrés</p>	<p>Ansiedad Psíquica.</p>	<p>1. Inquietud. Irritabilidad. 2.-Sensacion de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. 3.-Miedo a la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. 4.- Dificultad para dormir. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos.</p>	<p><b>ORDINAL</b></p>

	<p>individuo para actuar ante ellas. Esta reacción se vive generalmente como una experiencia desagradable y de malestar, con la que el sujeto quien la experimenta se pone en alerta ante la posibilidad de obtener un resultado negativo para sus intereses. Irritabilidad y hasta conductas agresivas.</p>	<p>que acompaña el proceso de envejecimiento (como las pérdidas de seres queridos, problemas físicos crónicos o bruscos, nuevas situaciones</p>		<p>Pesadillas. Terrores nocturnos. 5.- Dificultad de concentración. Falta de memoria. 6.- Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones de ánimo a lo largo del día.</p>	
			<p>Ansiedad somática</p>	<p>7.- Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada. 8.- Zumbido de oídos.</p>	

				<p>Visión borrosa. Oleadas de calor y frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos)</p> <p>9.-Taquicardia.</p> <p>Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en venas. Sensación de baja presión o desmayos.</p> <p>10.- Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Dificultad para respirar.</p> <p>11.- Dificultades evacuatorias. Gases. Dolores antes o después de comer, ardor, nauseas, vómitos. Cólicos. Pérdida</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>de peso. Estreñimiento.</p> <p>12.- Micciones frecuentes. Frigidez. Impotencia.</p> <p>13.- boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea de tensión.</p> <p>14.- tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juegos con los dedos, cierra los puños, tics. Inquietud (va y viene) rostro preocupado. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia. Ritmo respiratorio acelerado. Pestañeo</p>	
--	--	--	--	---	--

## 5. Hipótesis

Por ser un trabajo descriptivo de primer nivel no es necesario enunciar hipótesis.

## 6. Objetivos

- **Objetivo general:**

Determinar el nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.

- **Objetivo específico:**

Identificar el nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado, según escala de Hamilton valorando indicadores psíquicos, servicio de medicina, Hospital de Chancay, 2018

Identificar el nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado, según escala de Hamilton valorando indicadores somáticos, servicio de medicina, Hospital de Chancay, 2018

Identificar el nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado, según el grado de instrucción, servicio de medicina Hospital de Chancay, 2018.

Identificar el nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado, según género, servicio de medicina del Hospital de Chancay, 2018.

## METODOLOGÍA

### 1. Tipo y Diseño de Investigación:

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), el presente proyecto de investigación es de tipo: descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

### 2. Población y Muestra:

Según Hernández et al., (2010), “la población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, de lugar y en el tiempo.

La población estuvo constituida por 65 adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital de Chancay durante el tercer trimestre del 2018, donde se realizó un muestro por conveniencia, con criterios de inclusión y exclusión. Se trabajará con el total de la población.

#### **Criterios de inclusión:**

- Los adultos mayores con alguna discapacidad, que se encontraron hospitalizados en el servicio de Medicina
- Los adultos mayores hospitalizados que aceptaron participar del estudio.
- Adultos mayores discapacitados que sepan leer y hablen castellano.

#### **Criterios de exclusión:**

- Los adultos jóvenes discapacitados hospitalizados en el servicio de medicina.
- Los adultos mayores con alteraciones mentales.
- Los adultos mayores que no deseen participar en el estudio.
- Los adultos mayores que no sepan leer y no hablen castellano.

#### **Muestra**

Se trabajó con toda la población.

### 3. Técnicas e instrumentos de investigación

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión 2 es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Interpretación Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. 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 las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden 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). Escala de ansiedad en adultos mayores que comprenden de 14 ítems, sobre los ansiosos en adultos mayores los que se evalúan de la siguiente manera:

0	Sin ansiedad
12-14	Leve
15 – 28	Moderado
29 -42	Grave

43 – 56	Muy incapacitante
---------	-------------------

**Confiabilidad:**

Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ( $r = 0,74 - 0,96$ ).

**Validez:**

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ( $r = 0,63 - 0,75$ ) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ( $r = 0,56$ ). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ( $r = 0,62 - 0,73$ ).

**4. Procesamiento y análisis de la información**

- Para poder realizar mi investigación realice la documentación necesaria en el Hospital de Chancay Dr. Hidalgo Atoche López.
- Una vez obtenido el permiso me dirigí al servicio de Medicina del Hospital de Chancay, y expliqué a los pacientes sobre mi trabajo y el cuestionario que iba a aplicar que me demoraría un tiempo de quince a treinta minutos
- Después se registraron los datos obtenidos de cada adulto mayor discapacitado se procedió a elaborar la matriz de datos para procesar la información y presentar los resultados en tablas y/o gráficos para la comprensión de la información recopilada. Se utilizará el programa SPSS V 25.
- Para análisis e interpretación se consideró el marco teórico.
- Finalmente se elaboró la discusión de los resultados del estudio, las conclusiones y recomendaciones.

## RESULTADOS

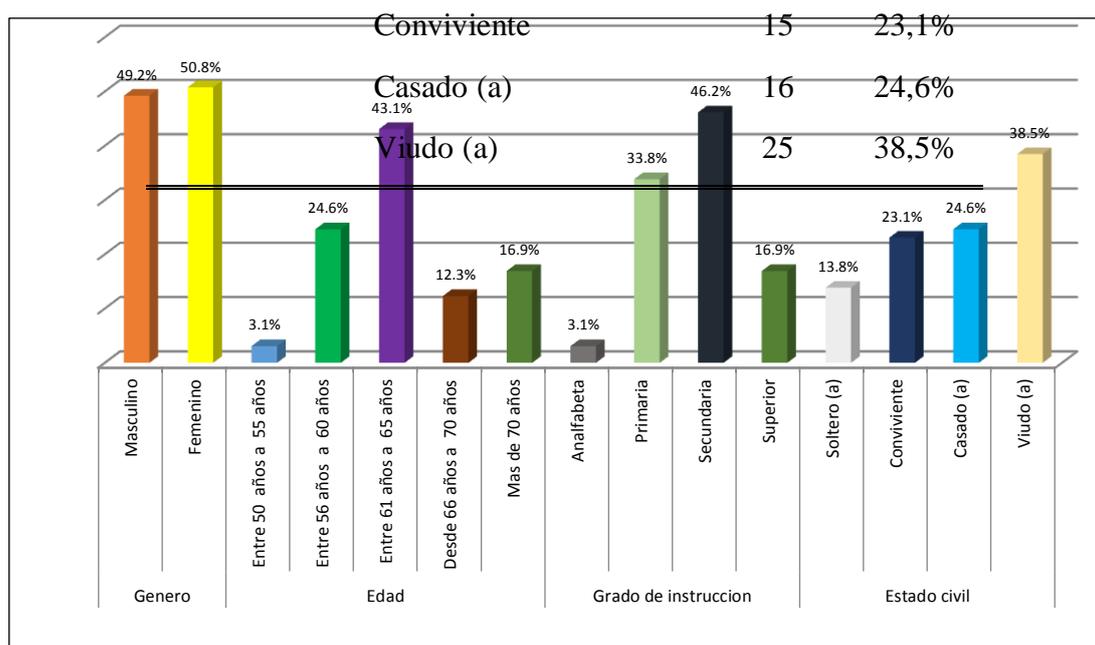
Tabla N°

1:

Variable	Característica	Frec.	Porc
----------	----------------	-------	------

*Caracterización sociodemográfica del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.*

Genero	Masculino	32	49,2%
	Femenino	33	50,8%
Edad	Entre 50 años a 55 años	2	3,1%
	Entre 56 años a 60 años	16	24,6%
	Entre 61 años a 65 años	28	43,1%
	Desde 66 años a 70 años	8	12,3%
	Más de 70 años	11	16,9%
Grado de instrucción	Analfabeta	2	3,1%
	Primaria	22	33,8%
	Secundaria	30	46,2%
	Superior	11	16,9%
Estado civil	Soltero (a)	9	13,8%
	Conviviente	15	23,1%
	Casado (a)	16	24,6%
	Viudo (a)	25	38,5%



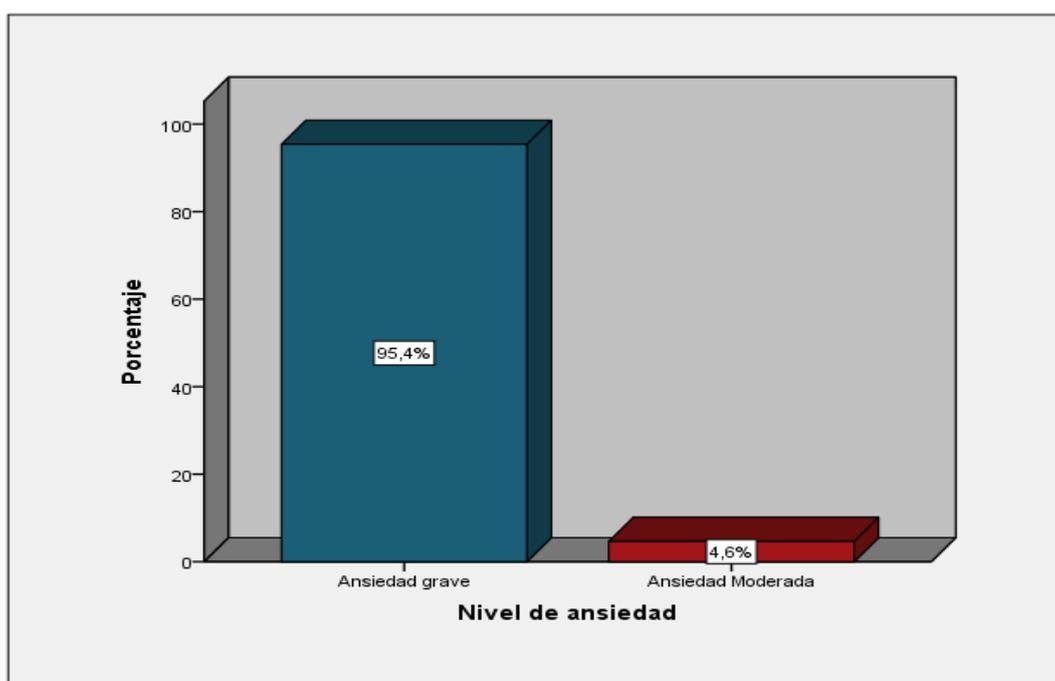
**Figura N° 1:** Caracterización sociodemográfica del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay del 2018.

**Interpretación:** Se observa en la tabla 1 que en referencia al género el 49,2% de los pacientes son del género masculino y el 50,8% son del género femenino. Asimismo, en referencia a la edad el grupo predominante representado por el 43,1% se

encuentra dentro de un rango entre 61 años a 65 años. En cuestión del grado de instrucción el 3,1% es analfabeto, el 33,8% tiene estudios de primaria, el 46,2% tiene estudios secundarios y el 16,9% tiene estudios superiores. Finalmente, en referencia al estado civil el 13,8% es soltero, el 23,1% es conviviente, el 24,6% es casado y el 38,5% es viudo.

**Tabla N° 2:** Distribución según nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el servicio de medicina del hospital de chancay de julio a octubre del 2018.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ansiedad grave	62	95,4
	Ansiedad Moderada	3	4,6
	Total	65	100,0



**Figura N° 2:** Distribución según nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el servicio de medicina del hospital de chancay, 2018.

**Interpretación:** Se observa en la tabla 2 que el 95,4% obtuvo un nivel grave de ansiedad y solo un 4,6% obtuvo un nivel moderado de ansiedad.

**Tabla N° 3:** Indicadores de ansiedad psíquica según escala de Hamilton del adulto mayor

Indicadores de ansiedad psíquica	Ausente		Intensidad ligera		Intensidad Moderada		Intensidad grave		Intensidad máxima	
	Frec.	Porc	Frec.	Porc	Frec.	Porc	Frec.	Porc	Frec.	Porc
Estado ansioso	2	3,1%	28	43,1%	33	50,8%	2	3,1%	0	0,0%
Tensión	0	0,0%	32	49,2%	25	38,5%	8	12,3%	0	0,0%
Miedos	3	4,6%	17	26,2%	31	47,7%	14	21,5%	0	0,0%
Insomnio	0	0,0%	36	55,4%	27	41,5%	2	3,1%	0	0,0%
Funciones Intelectuales (Cognitivas):	0	0,0%	45	69,2%	17	26,2%	3	4,6%	0	0,0%
Estado de ánimo depresivo	0	0,0%	49	75,4%	16	24,6%	0	0,0%	0	0,0%
Conducta en el transcurso del test	2	3,1%	42	64,6%	21	32,3%	0	0,0%	0	0,0%

discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.

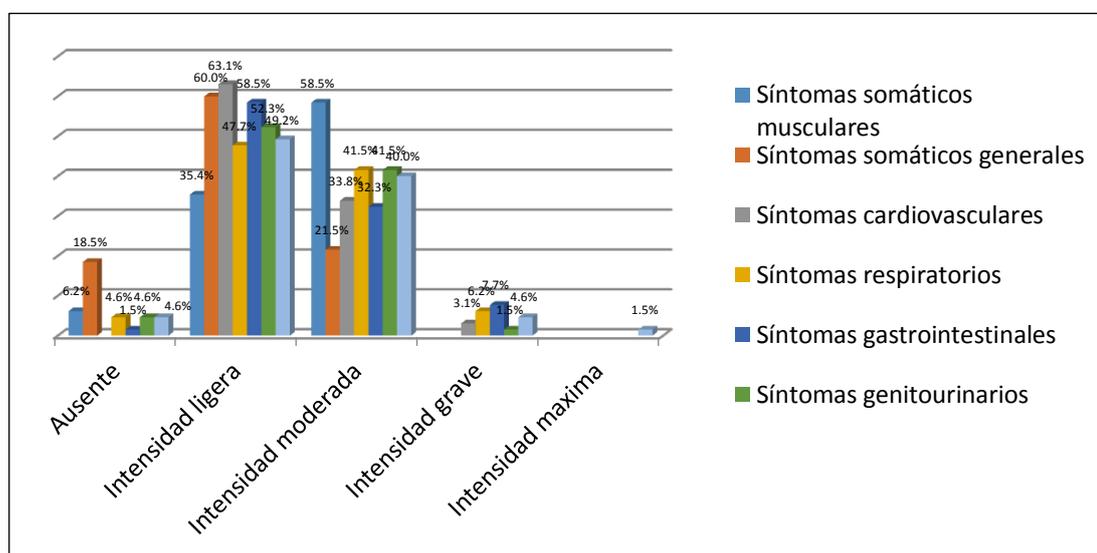


**Figura N° 3:** Indicadores de ansiedad psíquica según escala de Hamilton del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.

**Interpretación:** Se observa en la tabla 3 que, en relación a los indicadores de ansiedad psíquica evaluados en el adulto mayor mediante la escala de Hamilton, se encontró que las que predominaron fueron el miedo con un 21,5% (14) y en segundo lugar la tensión con un 12,3% (8).

**Tabla N° 4:** Indicadores de ansiedad somáticas según escala de Hamilton del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.

Indicadores de ansiedad somáticas	Ausente		Intensidad ligera		Intensidad Moderada		Intensidad grave		Intensidad máxima	
	Frec.	Porc	Frec.	Porc	Frec.	Porc	Frec.	Porc	Frec.	Porc
Síntomas somáticos musculares	4	6,2%	23	35,4%	38	58,5%	0	0,0%	0	0,0%
Síntomas somáticos generales	12	18,5%	39	60,0%	14	21,5%	0	0,0%	0	0,0%
Síntomas cardiovasculares	0	0,0%	41	63,1%	22	33,8%	2	3,1%	0	0,0%
Síntomas respiratorios	3	4,6%	31	47,7%	27	41,5%	4	6,2%	0	0,0%
Síntomas gastrointestinales	1	1,5%	38	58,5%	21	32,3%	5	7,7%	0	0,0%
Síntomas genitourinarios	3	4,6%	34	52,3%	27	41,5%	1	1,5%	0	0,0%
Síntomas del sistema nervioso autónomo	3	4,6%	32	49,2%	26	40,0%	3	4,6%	1	1,5%

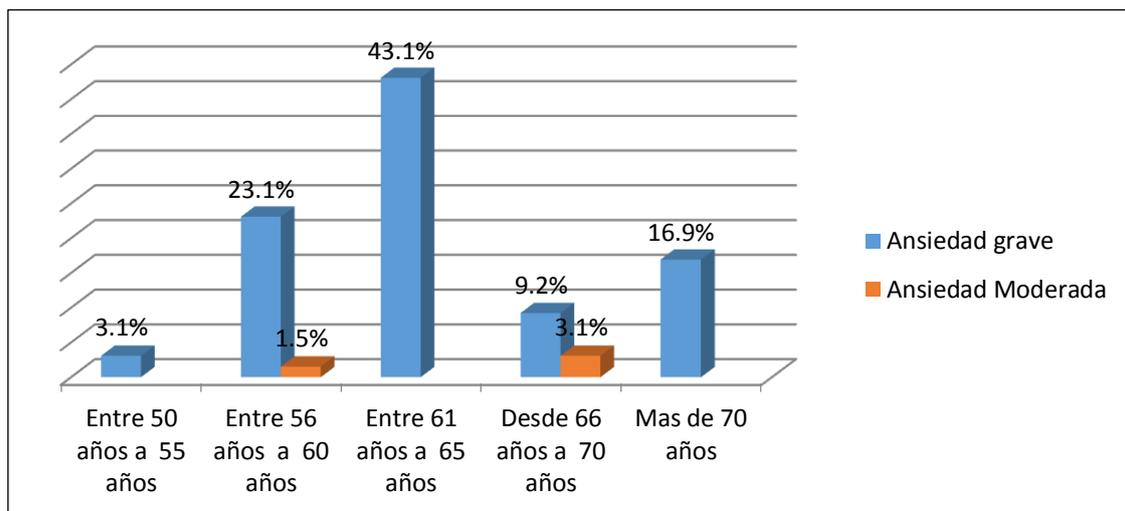


**Figura N° 4:** Indicadores de ansiedad somáticas según escala de Hamilton del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.

**Interpretación:** Se observa en la tabla 4 que en relación a los indicadores de ansiedad somáticas evaluados en el adulto mayor mediante la escala de Hamilton, se encontró que las que predominaron los síntomas gastrointestinales con un 7,7% (5) seguidos de los síntomas respiratorios con un 6,2% (4).

**Tabla N° 5:** Nivel de ansiedad según el grupo etario del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.

		Nivel de ansiedad			
		Ansiedad grave		Ansiedad Moderada	
		Frec.	Frec.	Frec.	Frec.
Edad	Entre 50 años a 55 años	2	3,1%	0	0,0%
	Entre 56 años a 60 años	15	23,1%	1	1,5%
	Entre 61 años a 65 años	28	43,1%	0	0,0%
	Desde 66 años a 70 años	6	9,2%	2	3,1%
	Más de 70 años	11	16,9%	0	0,0%

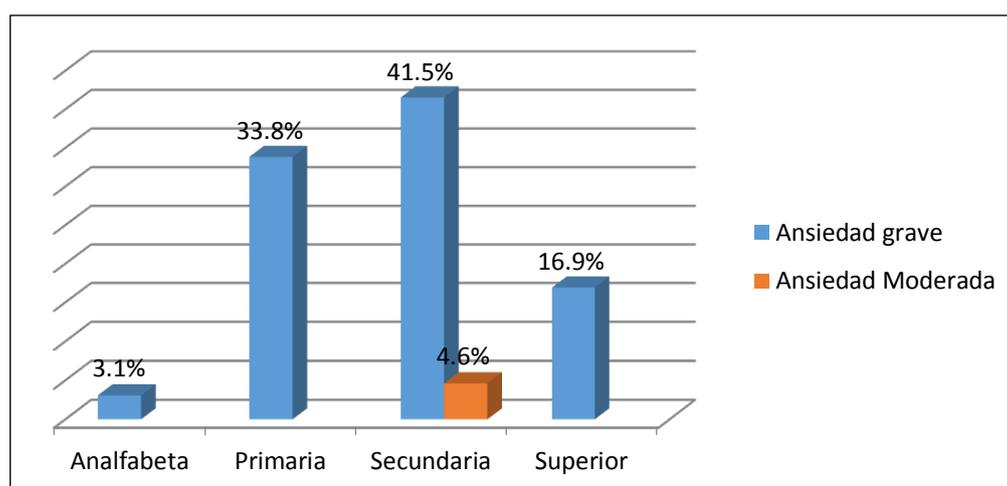


**Figura N° 5:** Nivel de ansiedad según el grupo etario del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.

**Interpretación:** Se observa en la tabla 4 que de los 65 casos estudiados, el grupo etario más representativo con presencia de ansiedad grave fue el ubicado entre los 61 y 65 años que corresponden al 43,1% (28) de la muestra total estudiada, mientras que el de menor representación corresponde al grupo ubicado entre los 50 y 55 años representando el 3,1% (2) de la muestra total estudiada.

**Tabla N° 6:** Nivel de ansiedad según el grado de instrucción del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.

		Nivel de ansiedad			
		Ansiedad grave		Ansiedad Moderada	
		Frec.	Frec.	Frec.	Frec.
Grado de instrucción	Analfabeta	2	3,1%	0	0,0%
	Primaria	22	<b>33,8%</b>	0	0,0%
	Secundaria	27	<b>41,5%</b>	3	4,6%
	Superior	11	16,9%	0	0,0%



**Figura N° 6:** Nivel de ansiedad según el grado de instrucción del adulto mayor discapacitado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.

**Interpretación:** Se observa en la tabla 5 de los 65 casos estudiados, el grupo más representativo con presencia de ansiedad grave fue el ubicado entre los que tienen estudios secundarios correspondiente al 41,5% (n=27) de la muestra total estudiada, en segundo lugar representado por el 33,8% (n=22) correspondiente a los que tienen estudios primarios y en tercer lugar representando el 16,9% (n=11) de la muestra total estudiada.

## ANALISIS Y DISCUSIÓN

### 1. Discusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que la ansiedad como trastorno afecta al 3,8% de la población peruana (OMS, septiembre 2016, pero que su tendencia está en aumento debido a factores intrínsecos y extrínsecos nota descriptiva N°381). La ansiedad está presente en la mayoría de los adultos mayores discapacitados. Por ser frecuente puede enmascarar diversa sintomatología que se puede confundir con cansancio, desánimo, aburrimiento e impaciencia y puede aparecer aun cuando no existe un objeto determinado que lo origine. Esta investigación tuvo como objetivo principal determinar el nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el servicio de medicina del hospital de Chancay Dr. Hidalgo Atoche López así como evaluar indicadores psíquicos y somáticos según escala de Hamilton, características sociodemográficas de la población de estudio los resultados nos permitirán corroborar si hay similitud o diferencias con otras investigaciones similares, así tenemos en estudios realizados por Pacheco , se concluyó que el rango de 0 a 5 no presento ansiedad con un 45%, 6 a 14 ansiedad leve se obtuvo un 43% y en el rango  $> o = 15$  ansiedad moderada/grave con un 12%, se puede observar la diferencia con mi estudio ,porque los resultados muestran un nivel grave de ansiedad representada por el 95.4% y un nivel moderado de ansiedad con un 4.6% lo que nos hace plantearnos diversas

interrogantes de cuales sean los factores internos o externos que pueden estar influyendo en los resultados. Del mismo modo Buitrago L. realizo un estudio sobre niveles de ansiedad, en los cuales no se encontraron niveles significativos de ansiedad y estrés en la población objeto.

Asimismo, Hernández, F y Pérez, realizaron un estudio en pacientes hospitalizados para medir niveles de depresión y ansiedad, se concluyó los pacientes desarrollaron síntomas de ansiedad y depresión, posterior al mes de ingreso y con un ligero predominio en el género femenino. Estos resultados son semejantes a los encontrados en el presente estudio donde predomina también el género femenino y a la vez concuerda con De la Cruz, H (2017) realizo un estudio en Ica para medir el nivel de ansiedad y en los adultos mayores del Hospital Augusto Hernández Mendoza se realizó con 56 pacientes y se les aplico la escala de Hamilton donde concluyo : El nivel de ansiedad según ansiedad psíquica y ansiedad somática, es leve; Según los datos generales el 53,6% (30) tienen 71 a 80 años, el 55% (31) son de sexo femenino.. De la Cruz, H (2017) realizo un estudio en Ica para medir el nivel de ansiedad y en los adultos mayores del Hospital Augusto Hernández Mendoza se realizó con 56 pacientes y se les aplico la escala de Hamilton donde concluyo : El nivel de ansiedad según ansiedad psíquica y ansiedad somática, es leve; 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% tienen estudios primarios, estos resultados sociodemográficos son similares a los encontrados por el tesista donde de los 65 casos estudiados, el grupo más representativo con presencia de ansiedad grave fue el ubicado entre los que tienen estudios secundarios correspondiente al 41,5% (27) , en segundo lugar los que tienen estudios primarios, representado por el 33,8% (22) y en tercer lugar los que tienen estudios superiores ,representando el 16,9% (11).

Finalmente, en referencia al estado civil el 13,8% es soltero, el 23,1% es conviviente, el 24,6% es casado y el 38,5% es viudo.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 1. Conclusiones

Con base al análisis de resultados obtenidos en mi investigación, llegó a las siguientes conclusiones:

- El indicador psíquico con mayor presencia en los adultos mayores discapacitados según la escala de Hamilton, son los miedos con un 21,5 % (14) y en segundo lugar la tensión con un 12,3% (8).
- El indicador somático con mayor presencia en los adultos mayores discapacitados según la escala de Hamilton, son los síntomas gastrointestinales con un 7,7% (5) seguidos de los síntomas respiratorios con un 6,2% (4).
- El grupo más representativo con presencia de ansiedad grave fue los que tienen estudios secundarios correspondiente al 41,5% (27).
- El grupo más representativo con presencia de ansiedad grave fue el género femenino correspondientes al 50,8 % (33).
- Los niveles de ansiedad según la escala de Hamilton del total de la población estudiada 65 adultos mayores discapacitados hospitalizados en el servicio de medicina, el mayor porcentaje de ellos presenta un nivel grave de ansiedad representada por un 95.4% (62) y solo un 4,6% (3) un nivel moderado de ansiedad. Lo que significa que los adultos mayores discapacitados sufren de ansiedad grave.

## 2. Recomendaciones

Tomando en cuenta la discusión y las conclusiones de mi trabajo se recomienda lo siguiente

- ✓ Difundir los resultados obtenidos en el estudio al jefe del servicio de medicina del Hospital de Chancay Dr. Hidalgo Atoche López, con la finalidad de ser socializados por el personal que trabaja en el área y así mejorar el trabajo en equipo orientados a incrementar el bienestar de los pacientes adultos mayores discapacitados hospitalizados
- ✓ Realizar más estudios de investigación en el ámbito local sobre ansiedad en adultos mayores debido a que existe muy poca información de estos trastornos en esta etapa de vida del ser humano.
- ✓ Elaborar instrumentos que puedan ser aplicados durante una entrevista sencilla, con la finalidad de detectar la ansiedad moderada o severa, porque no todos presentan una sintomatología definida y nos permitirá un pronto diagnóstico y de esta manera mejorar su calidad de vida a corto plazo durante la hospitalización y a largo plazo, mejorar su pronóstico funcional y vital.
- ✓ Los resultados obtenidos permitirán diseñar estrategias que involucren al equipo multidisciplinario con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad en los adultos mayores discapacitados lo que ayudaría a reducir las consecuencias sociales causadas por la ansiedad.
- ✓ Educar a los familiares y/o cuidadores y mantenerse en contacto con ellos de manera continua utilizando diversas maneras para comunicarse dentro y fuera del hospital utilizando diversos medios de comunicación utilizando estrategias educativas y así incrementar los conocimientos sobre el cuidado

de un adulto mayor discapacitado que de no hacerse adecuadamente puede generar mayores niveles de ansiedad

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeria, U. d. (2019). *El Psicoasesor*, 18-21.

BURNS, N. (2012). *Investigación En Enfermería*. Barcelona: Elsevier.

Caballero, G. y. (2000). Consideraciones del maltrato al anciano. *Revista Multidisciplinar del gerontólogo*, 177,188.

Cano, A. (2016). Estudio del estrés y la ansiedad. *Revista de la SEAS*, 16-18.

Carrascal, S. y. (febrero de 2014). Creatividad y Desarrollo cognitivo en adultos mayores. *Arte, individuo y sociedad*, 26,27,.

Cavarrubias, O. (2012). *Transtornos de ansiedad*. Obtenido de Psicoterapia Sanativa.com: <http://psicoterapiasanativa.com/que-es-la-ansiedad>

Consumo, M. d. (2006). Guia Practica Clinica. *Plan nacional para el SNS* , 20-22.

De la Cruz, H. (28 de octubre de 2017). *Ansiedad y percepción de abandono en adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza*. Ica.

Del Barrio, L. (2007). *Cuidados al final de la vida*. Lima.

Galarza, X. (28 de Octubre de 2016). *Ansiedad de adultos atendidos en Medicina interna del Hospital Alfredo Noboa*. Obtenido de Handle/redug32197: <http://www.repositorio /ug.edu.ec>

- González, A. (2010). *Fundamentos de Medicina Psiquiátrica*. Medellín: Corporación para investigaciones Científicas.
- Halles, Y. Y. (2005). *Tratado De Psiquiatria Clínica*. Barcelona: Masson.
- Hernandez, F. Y. (2016). *Ansiedad y depresión en adultos Mayores*.
- Psicopedia. (04 de julio de 2019). <http://psicopedia.org/1806/medir-la-ansiedad-con-el-inventario-de-beck>.
- Raley, M. T. (2011). Modelos y teorías de Enfermería. En M. T. Raley, *Modelos y teorías de Enfermería* (págs. 385-386). España: Elsevier.
- Rivera, M. (2014). *Comportamiento de la discapacidad motora y cognitiva en la población del adulto mayor del policlínico Cerro ,La Habana*. La Habana ,Cuba.
- Salazar, C. (20 de octubre de 2015). *Prevalencia de ansiedad y depresión de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Dos de Mayo*. Obtenido de <http://cibertesis.urp.edu.pe>
- Salazar, C. (2015). *Prevalencia de ansiedad y depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital dos de mayo* . Lima: Universidad Ricardo Palma.
- SALUD, M. D. (2005). *Evidencia Científica En Ansiedad Y Depresión*. Madrid: Ministerio De Saud.
- SALUD, O. M. (2013). *Salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets>

Ursula, L. (2004). Gran Coleccion De La Salud. *Cambios de la tercera edad*, 308.

## **ANEXO**

**ANEXO A: Documentación de ejecución de proyecto.**

 **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
HOSPITAL CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

 **HOSPITAL DE CHANCAY**  
M. P. FIANILLO RIVERO

"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

**MEMORANDUM N° 278 UE N° 405.HCH.SBS.DPTO.MEDICINA/2018**

**A** : **Dr. HUGO ORTIZ SOUZA**  
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

**DE** : **Dra. ROSA OGATA MANCHEGO**  
Jefe del Departamento de Medicina

**ASUNTO** : MEMORANDUM N° 203-UE.H.CH.SBS.U.APOYO.DOC.e.INV.2018

**FECHA** : Chancay, 30 de Noviembre del 2018

Mediante el presente me dirijo a usted, en atención al documento de la referencia, para comunicarle que esta Jefatura da el visto bueno para que el Sr. JORGE MIGUEL HUAMAN VALENCIA aplique su proyecto de investigación en nuestra Institución y encuestar a los pacientes hospitalizados en Hospitalización de Medicina.

Atentamente,

  
**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL CHANCAY Y SBS  
**Dra. Rosa M. Ogata Manchego**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CMP. N° 030259 - RNE. 14922

C.c. Enf. Hosp. Medicina  
Archivo





### Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre del paciente:

\_\_\_\_\_

Fecha de evaluación \_\_\_\_\_ Ficha clínica:

\_\_\_\_\_

1  Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.		Puntaje

2  Tensión	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3  Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano		

<b>4</b>  <b>Insomnio</b>	<b>Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	Profundidad y duración del sueño usuales	
	<b>1</b>	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	<b>2</b>	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	<b>3</b>	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	<b>4</b>	Hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
<b>5</b>  <b>Dificultades en la concentración y la memoria</b>	<b>Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	

	<b>2</b>	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	<b>3</b>	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	<b>4</b>	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
<b>6</b>	<b>Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.</b>		Puntaje
<b>Animo deprimido</b>	<b>0</b>	Animo natural	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	<b>2</b>	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	<b>3</b>	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	<b>4</b>	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
<b>7</b>	<b>Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej.: dolor mandibular o del cuello.</b>		
<b>Síntomas</b>	<b>0</b>	No se encuentran presentes	Puntaje

<b>somáticos generales (musculares)</b>	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	<b>3</b>	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	<b>4</b>	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

<b>8  Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b>	<b>Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presente	
	<b>1</b>	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	<b>2</b>	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
<b>3</b>	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.		
<b>4</b>	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.		

<b>9</b>  <b>Síntomas cardiovascu- lares</b>	<b>Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes	
	<b>2</b>	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
<b>4</b>	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.		
<b>10</b>  <b>Síntomas respiratorios</b>	<b>Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presente	
	<b>1</b>	Dudosamente presente	
	<b>2</b>	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	

	<b>4</b>	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>11</b>  <b>Síntomas gastrointestinales</b>	<b>Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	<b>4</b>	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

<b>12</b>  <b>Síntomas genito urinarios</b>	<b>Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	

	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	<b>2</b>	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>13</b>		<b>Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.</b>	Puntaje
<b>Síntomas autonómicos</b>	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	

<b>14</b>  <b>Conducta durante la entrevista</b>	<b>Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista.</b>		Puntaje
	<b>¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando</b>		
	<b>0</b>	El paciente no parece ansioso	
	<b>1</b>	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	<b>2</b>	El paciente está moderadamente ansioso	
	<b>3</b>	El paciente está claramente ansioso	
<b>4</b>	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.		

### **ANEXO C: Fotos**



**ANEXO D: Base de Datos**

N°	Edad	Genero	grado de instrucción	Estado Civil	Ansiedad Psiquica							Ansiedad somatica						
					p1	p2	p3	p4	p5	p6	p14	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13
1	5	1	1	4	1	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2
2	3	2	3	2	4	4	3	4	2	3	3	3	2	4	2	2	3	2
3	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2
4	3	2	4	4	2	2	2	2	2	3	2	3		2	2	3	2	3
5	2	1	2	3	2	3	3	3	2	2	2	1	2	3	2	3	2	2
6	1	1	2	4	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3
7	3	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2
8	2	2	3	4	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3
9	3	2	2	4	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2
10	3	1	2	4	2	3	2	3	4	2	3	3	1	2	3	4	3	2
11	2	1	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3
12	3	1	2	4	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3
13	5	2	2	4	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2
14	5	1	3	4	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2
15	4	1	3	3	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	3	2	3	3
16	3	1	4	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	3	2	3	3
17	2	1	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	3	2	3	2
18	2	2	3	4	3	3	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
19	5	2	4	1	3	4	4	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2
20	3	2	3	1	3	4	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2

21	4	1	3	2	3	2	4	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3
22	3	2	3	2	3	2	4	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3
23	4	2	4	1	3	2	4	2	2	2	1	3	2	2	2	3	2	3
24	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3
25	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	3	2	3
26	5	1	1	4	1	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2
27	3	2	3	2	4	4	3	4	2	3	3	3	2	4	2	3	3	2
28	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2
29	3	2	4	4	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3
30	2	1	2	3	2	3	3	3	2	2	2	1	2	3	4	3	3	3
31	1	1	2	4	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	4	4	2	3
32	3	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	4	2	3
33	2	2	3	4	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	4	2	2
34	3	2	2	4	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2
35	3	1	2	4	2	3	2	3	4	2	3	3	1	2	1	2	1	2
36	2	1	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	1	2	1	2
37	3	1	2	4	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	1	2
38	5	2	2	4	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2
39	5	1	3	4	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	1
40	4	1	3	3	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1
41	3	1	4	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	3	2	4	4
42	2	1	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	3	2	3	2
43	2	2	3	4	3	3	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
44	5	2	4	1	3	4	4	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3
45	3	2	3	1	3	4	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3
46	4	1	3	2	3	2	4	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	1

47	3	2	3	2	3	2	4	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2
48	4	2	4	1	3	2	4	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	3
49	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2
50	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3
51	3	1	2	4	2	3	2	3	4	2	3	3	1	2	3	2	2	3
52	2	1	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	4
53	3	1	2	4	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	4	2	5
54	5	2	2	4	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2
55	5	1	3	4	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	3
56	4	1	3	3	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
57	3	1	4	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	4
58	2	1	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3
59	2	2	3	4	3	3	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
60	5	2	4	1	3	4	4	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3
61	3	2	3	1	3	4	3	3	2	3	3	2	3	2	4	3	2	3
62	4	1	3	2	3	2	4	2	2	2	2	3	3	2	4	3	3	2
63	3	2	3	2	3	2	4	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2
64	2	2	4	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2
65	3	2	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2

**ANEXO E: Cronograma de Actividades**

Actividades	Meses del año 2018								2018
	M	A	M	J	J	A	S	O	N
Revisión de la Literatura	■	■	■	■					
Elaboración y Aprobación del instrumento				■	■				
Análisis de la información					■	■			
Elaboración del Informe						■	■		
Ingreso en el SPIC-USP								■	
Sustentación de resultados									■

ANEXO E: Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>¿Cuál es el nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado, en el servicio de medicina del Hospital Chancay, 2018”</p>	<p><b>Objetivo General.</b> Determinar el nivel de ansiedad del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p>1. Identificar el nivel de ansiedad según indicadores psíquicos, según escala de Hamilton del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.</p> <p>2. Identificar el nivel de ansiedad según indicadores somáticos, según escala de Hamilton del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el Servicio de Medicina del</p>	<p>Por ser una investigación descriptiva no es necesario la hipótesis.</p>	<p>La ansiedad es un sentimiento desagradable e incierto, en espera de un peligro inminente no presente ni objetivado, el cual va acompañado de cambios vegetativos y motores. De esta definición se infiere que la ansiedad implica necesariamente la interacción de factores cognoscitivos, autonómicos y del comportamiento motor. Los primeros incluyen pensamientos catastróficos como la posibilidad de un desastre inminente. Las manifestaciones autonómicas</p>	<p>El presente estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal porque se recolectaran los datos en un solo momento, haciendo un corte en el tiempo.</p> <p>La población estará constituida por los adultos mayores discapacitados que se encuentran hospitalizadas en el servicio de medicina del Hospital Chancay durante el tercer trimestre del 2018, se trabajará con el total de la población por conveniencia con criterios de inclusión y exclusión</p>

	<p>Hospital de Chancay, 2018.</p> <p>3. Identificar el nivel de ansiedad según el grado de instrucción del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.</p> <p>4. Identificar el nivel de ansiedad según género del adulto mayor discapacitado hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital de Chancay, 2018.</p>		<p>durante la ansiedad están relacionadas con el sistema simpático, tales como la dilatación pupilar, aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, sensación de opresión torácica, parestesias y mareos o con el sistema parasimpático como el aumento de peristaltismo intestinal, náuseas, hipotensión y desfallecimiento. Los cambios motores, no siempre presentes, comprenden inquietud, tensión muscular y temblor.</p>	
--	--	--	--	--