



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana

**Trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría
Hospital Regional Huacho, 2023**

Tesis

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Ronny Aquiles Calderón Sandoval

Asesor

Dr. Fredy Ruperto Bermejo Sánchez

Huacho – Perú
2024



Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Reconocimiento: Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.



Universidad Nacional José Faustino SÁNCHEZ CARRIÓN LICENCIADA

(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020)

FACULTAD MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL MEDICINA HUMANA

INFORMACIÓN DE METADATOS

DATOS DEL AUTOR (ES):		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	FECHA DE SUSTENTACIÓN
Ronny Aquiles Calderón Sandoval	44316083	21/02/2024
DATOS DEL ASESOR		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CÓDIGO ORCID
Dr. Fredy Ruperto Bermejo Sánchez	17881275	0000-0002-5213-2318
DATOS DE LOS MIEMBROS DE JURADOS – PREGRADO/POSGRADO		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CÓDIGO ORCID
Jorge Edwald Krederdt Araujo	08188126	0009-0005-1560-5170
Miriam Milagros Noreña Lucho	15588034	0000-0001-7688-4066
Edgar Iván Valladares Vergara	15606301	0000-0003-0500-4484

Trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional Huacho, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

alicia.concytec.gob.pe

Fuente de Internet

1%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.autonomadeica.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

core.ac.uk

Fuente de Internet

<1%

5

tesis.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

6

Submitted to Universidad Andina del Cusco

Trabajo del estudiante

<1%

7

documentop.com

Fuente de Internet

<1%

8

repositorio.uti.edu.ec

Fuente de Internet

<1%

9

polodelconocimiento.com

Fuente de Internet

**Trastornos de Ansiedad en el Paciente Adulto Mayor
del Consultorio de Geriátría Hospital Regional**

Huacho, 2023

Calderón Sandoval Ronny Aquiles

Tesis de Pregrado

Asesor:

Dr. Bermejo Sánchez Fredy Ruperto

Jurados:

Presidente: M. C. Krederdt Araujo Jorge Edwald

Secretario: M.E. Noreña Lucho Miriam Milagros

Vocal: M.C. Valladares Vergara Edgar Iván

Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

Huacho - Perú

2024

Dedicatoria:

Esta tesis se la dedico a mis padres Estrella Sandoval Granados, Aquiles Calderón Menacho y hermana Miriam Calderón Sandoval, por ser el motor de mi vida y siempre apoyarme en todas las circunstancias de mi vida.

A mis seres queridos que han partido al más allá, tío Wilman Calderón Menacho, tía Martha Calderón Menacho, mamita Digna Granados Lara, mamita Aniceta Menacho Espinoza y demás quienes me acompañan desde el más dulce recuerdo.

A mis amigos más cercanos con los que compartimos más que estudios y trabajos, con los que formamos y fortalecimos lazos de confraternidad durante estos años universitarios.

A mis grandes maestros que tuve durante mi etapa universitaria por ser grandes consejeros, guías y brindarme el respaldo científico necesario.

A todas las personas que ingresan a un hospital y que con temor afrontan la estancia hospitalaria esperando una pronta recuperación; para todos ellos el mejor de los esfuerzos.

Ronny Aquiles Calderón Sandoval

Agradecimiento

Agradezco profundamente mi familia quienes me han apoyado en todos los sentidos en cada objetivo que me he planteado a lo largo de mi vida, y aún más durante mis años universitarios.

A mis amigos de toda la carrera quienes compartimos grandes momentos alegres, duros, tristes, de mucho sacrificio buscando alcanzar un objetivo común, y que espero continuemos caminando.

A mis docentes quienes impartieron siempre mediante la exigencia académica los conocimientos precursores de mi formación médica y humanística.

A los trabajadores asistenciales y administrativos del Hospital Regional Huacho, quienes aportaron enormemente en mi desarrollo práctico durante mi internado médico.

A mi asesor en investigación Dr. Fredy Ruperto Bermejo Sánchez, por sus consejos y sugerencias claves en el desarrollo de mi tesis y de futuras investigaciones.

A los doctores miembros de mi jurado evaluador por velar por el correcto desarrollo y presentación de mi investigación.

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo I: Planteamiento del Problema	4
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	4
1.2 Formulación del Problema	7
1.2.1 Problema General	7
1.2.2 Problemas Específicos	8
1.3 Objetivos de la Investigación	8
1.3.1 Objetivo General	8
1.3.2 Objetivos Específicos	8
1.4 Justificación de la Investigación	9
1.4.1. Conveniencia	9
1.4.2. Relevancia Social	9
1.4.3. Implicancias Prácticas	9
1.4.4. Valor Teórico	9
1.4.5. Utilidad Metodológica	10
1.5 Delimitaciones del Estudio	10
1.5.1. Delimitación Temática	10
1.5.2. Delimitación Espacial	10
1.5.3. Delimitación Poblacional	10
1.5.4. Delimitación Temporal	11
Capítulo II: Marco Teórico	12
2.1 Antecedentes de la Investigación	12
2.1.1 Investigaciones Internacionales	12
2.1.2 Investigaciones Nacionales	16
2.2 Bases Teóricas	20

2.2.1	Ansiedad	20
2.2.2	Adulto Mayor	21
2.2.3	Trastornos de Ansiedad	22
2.3	Bases Filosóficas	30
2.4	Definición de Términos Básicos	33
Capítulo III: Metodología		38
3.1	Diseño Metodológico	38
3.1.1	Tipo de Investigación	38
3.1.2	Nivel de Investigación	38
3.2.3	Diseño	38
3.1.4	Enfoque	39
3.2	Población y Muestra	39
3.2.1	Población	39
3.2.2	Muestra	39
3.3	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	40
3.3.1	Técnicas a Emplear	40
3.3.2	Descripción del Instrumento	40
3.4	Técnicas de Procesamiento de Información	42
3.5	Consideraciones Éticas	42
Capítulo IV: Resultados		44
4.1	Análisis de Resultados	44
Capítulo V: Discusión		50
5.1	Discusión de Resultados	50
Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones		53
6.1	Conclusiones	53
6.2	Recomendaciones	53
Referencias		56
7.1	Fuentes Documentales	56

7.2 Fuentes Bibliográficas	58
7.3 Fuentes Hemerográficas	60
7.4 Fuentes Electrónicas	62
Anexos	66
Anexo 01: Matriz de Consistencia	66
Anexo 02: Solicitud de Permiso Institucional	68
Anexo 03: Constancia de Aceptación de Permiso Institucional	69
Anexo 04: Constancia de Realización de Entrevistas en el Consultorio de Geriatría ..	70
Anexo 05: Evidencia de Procesamiento de Datos SPSS	71
Anexo 06: Evidencia de Procesamiento de Datos Excel	73
Anexo 07: Instrumento para Recolección de Datos BAI	75
Anexo 08: Instrumento para Recolección de Datos Criterios Diagnósticos DSM V	77
Anexo 09: Consentimiento Informado	82
Anexo 10: Validación Estadística	83
Anexo 11: Operacionalización de Variables	84
Anexo 12: Evidencia de Recolección de Datos	87

Índice de Tablas

Tabla 1. Prevalencia de los grados de ansiedad en el adulto mayor del consultorio de geriatría. Hospital Regional Huacho 2023.....	43
Tabla 2. Grado de ansiedad según sexo del adulto mayor del consultorio de geriatría del Hospital Regional Huacho 2023	44
Tabla 3. Prevalencia de trastornos de ansiedad del adulto mayor del consultorio de geriatría. Hospital Regional Huacho 2023	46
Tabla 4. Tipos de trastornos de ansiedad en el adulto mayor del consultorio de geriatría. Hospital Regional Huacho 2023.....	47
Tabla 5. Sexo del adulto mayor del consultorio de geriatría. Hospital Regional Huacho 2023.....	48

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de trastornos de ansiedad (TA) en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional Huacho 2023.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo a 90 adultos mayores que han asistido al consultorio de geriatría durante el 2023, a los cuales se les aplicó el inventario de ansiedad de Beck (BAI) para identificar la presencia de ansiedad, y su clasificación en mínima, leve, moderada o severa, luego, en los casos que resultaron con ansiedad moderada y severa se les aplicaron los criterios diagnósticos de DSM V para identificar la presencia de trastornos de ansiedad. Finalmente se presentaron los resultados hallados en gráficos con el análisis e interpretación correspondientes para su mejor entendimiento.

Resultados: Tras la aplicación del BAI, se determinó que la prevalencia de ansiedad leve fue la más frecuente (58.9%), seguida de ansiedad mínima (21.1%), ansiedad moderada (15.6%), y por último, los casos de ansiedad severa (4.4%). Posteriormente, en la segunda parte del estudio, se aplicaron los criterios diagnósticos DSM V a los adultos mayores que presentaron ansiedad moderada y severa, encontrándose que la prevalencia de los trastornos de ansiedad fue de 5.5%, conformadas por TA por separación (1.1%) y por TA debido a otra afección médica (4.4%).

Conclusiones: La prevalencia de trastornos de ansiedad es baja, siendo el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y el trastorno de ansiedad por separación, los tipos de TA identificados entre los 90 adultos mayores entrevistados.

Palabras clave: ansiedad, trastorno de ansiedad, adulto mayor.

Abstract

Objective: Determine the prevalence of anxiety disorders (AD) in the elderly patient of the geriatric office of the Huacho 2023 regional hospital.

Method: A prospective quantitative descriptive study was carried out on 90 older adults who have attended the geriatrics clinic during 2023, to whom the Beck Anxiety Inventory (BAI) was applied to identify the presence of anxiety, and its classification in minimal, mild, moderate or severe, then, in the cases that resulted with moderate and severe anxiety, the DSM V diagnostic criteria were applied to identify the presence of anxiety disorders. Finally, the results found were presented in graphs with the corresponding analysis and interpretation for better understanding.

Results: After the application of the BAI, it was determined that the prevalence of mild anxiety was the most frequent (58.9%), followed by minimal anxiety (21.1%), moderate anxiety (15.6%), and finally, cases of severe anxiety (4.4%). Subsequently, in the second part of the study, the DSM V diagnostic criteria were applied to older adults who presented moderate and severe anxiety, finding that the prevalence of anxiety disorders was 5.5%, made up of separation disorder (1.1%). and by AT due to another medical condition (4.4%).

Conclusions: The prevalence of anxiety disorders is low, with anxiety disorder due to another medical condition and separation anxiety disorder being the types of ED identified among the 90 older adults interviewed.

Key words: anxiety, anxiety disorder, older adult.

Introducción

La ansiedad se presenta como una sensación de nerviosismo, desasosiego o intranquilidad que forma parte inherente de la experiencia humana y ayuda al individuo a afrontar, de manera premeditada, situaciones amenazantes o de estrés psicológico, desencadenando consecuentemente una reacción de huida o de enfrenamiento según sea la necesidad; proporciona al organismo un incremento del gasto cardíaco, un mejor aporte sanguíneo a los músculos, brinda mayor energía, y con todo esto, una fuerza superior para que se supere la situación que se ha presentado. (Barnhill, 2023)

En nuestro país durante los últimos años se ha descubierto que la prevalencia de la ansiedad se ha colocado como la afección mental más frecuente; entre sus causas, destacan los factores biológicos como la heredabilidad mediante genes y de origen psicosocial el maltrato psicológico o físico, condición de pobreza e incluso la sobreprotección por parte de sus padres. (Ministerio de Salud, 2023)

Se habla de un trastorno de ansiedad (TA) cuando estos síntomas o conductas se tornan persistentes (mayor a 6 meses), excesivos, debilitantes y generan incomodidad; debido a su alta prevalencia y cantidad creciente de personas que lo padecen, diversos profesionales en el campo de la salud mental estimaron a los TA como la epidemia silenciosa de este siglo; afecta mayormente a las mujeres con relación a los hombres, evidenciándose diversas alteraciones y desajustes a nivel de la consciencia, la conducta y de procesos fisiológicos, es frecuente los TA se presenten a la vez con depresión mayor, trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias y trastornos de la personalidad. (Craske, M. y Stein, M. 2018)

Capítulo I: Planteamiento del Problema

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La palabra ansiedad correspondiente al inglés “*anxiety*”, datan de la antigüedad, pero es hasta tiempos muy posteriores cuando reemerge para un uso en el campo de la psiquiatría, aproximadamente fines del siglo diecinueve. La raíz se desprende de la palabra latina “*ango*”, estrechar, apretar, del que provienen los dos términos: *angustia* y *anxietas*. Existen vestigios de que antiguamente, la ansiedad, fuese denotada nítidamente como un efecto perjudicial distinto, como un trastorno separado por los filósofos de la época y médicos grecorromanos distinguidos como Hipócrates (460 a. C.-370 a. C.) quien, junto a personajes de su entorno, dejaron una serie de manuscritos de índole médica, los que fueron denominados el Corpus Hipocrático que tratan sobre características de estos comportamientos. (Puerta, 2018)

Para la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) la ansiedad es una emoción donde predominan sentimientos de tensión, ideas angustiantes y cambios fisiológicos como la elevación de la tensión arterial”; aclaran que hay rasgos diferenciales con el miedo, aunque muchas veces se usan sin tenerlos en cuenta. La ansiedad consiste en una respuesta a través del tiempo, enfocada a sucesos futuros, tras una amenaza difusa, mientras que en el miedo la respuesta es proporcionada, enfocada al momento presente y de corta duración a una amenaza específica nítidamente identificable. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022)

Sin embargo, la ansiedad podría ser patológica, catalogándose como trastorno cuando se evidencie preocupación excesiva, miedo y/o ansiedad intensa; estos trastornos generan en el individuo que los padece un malestar considerable y afectan al

desarrollo cotidiano en cualquier edad. Dependiendo de cuál sea el foco principal de la preocupación se puede hablar de un tipo de trastorno determinado. (Forcadell, 2018)

Los TA constituyen un grupo de afecciones que son altamente tratables; sin embargo, de todos los individuos que la padecen, solo el 36.9% reciben tratamiento oportuno, entre los cuales abarcan principalmente el tratamiento farmacológico, la psicoterapia y medicina alternativa (Hafeez, 2023).

Una persona puede presentar características clínicas compatibles con varios TA simultáneamente y es muy probable que tenga otros trastornos de su salud mental (como podría ser la depresión, problemas de alcoholismo u otras sustancias), muchas veces esta sintomatología se confunde y la determinación de uno u otro cuadro resulta compleja. (Fullana, 2019)

Actualmente, la frecuencia de trastorno mental es de una por cada ocho personas, es decir, presentan alteraciones de considerable magnitud en sus procesos mentales, la forma de organizar sus emociones o también de la forma de comportarse, y la mayoría de estas personas no disponen de una atención adecuada (OMS, 2022). Según cifras actuales, los TA la padecen alrededor de 40 millones de norteamericanos, se presenta como la enfermedad mental más frecuente, en ese país. A pesar de ello, solo es un 36.9% de todos ellos, los que reciben tratamiento (Browne, 2021).

La población mundial afectada por algún TA es el 3.2%, lamentablemente esta cifra va aumentando con el tiempo, siendo en el 2021 aproximadamente 260 millones, cifra que es mayor comparada con la última década; para los países de las Américas, se posiciona como el segundo trastorno mental que causa mayor incapacidad entre su población. De todos los años perdidos a causa de alguna discapacidad, los producidos por los trastornos mentales representan un 23%, esto mayormente en los países que

han presentado ingresos moderados a bajos, trayendo consigo una disminución en la esperanza de vida y de tasas de mortalidad cada vez más altas. (OMS, 2022)

Según estimaciones globales, la presencia de ansiedad varía desde un 3,8% al 25%, hasta cifras tan altas como 70% cuando se presenta en personas con enfermedades de larga data y sobre todo, coexistentes; siendo la afección mental más común en la Unión Europea, Suiza, Islandia, y Noruega, teniendo una similitud en estos países donde se encuentra que el género más frecuente, el sexo femenino. (Chacón, 2021)

Aunque a nivel mundial se visualice que más personas presenten la depresión sobre la ansiedad, Latinoamérica se constituye como el único espacio geográfico donde la prevalencia de los TA supera a la de los trastornos depresivos, ya que los años vividos con discapacidad en el mundo y en los países de América son 3.4% y 6.2% respectivamente. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2018)

En lo referente a los países de América del Sur Brasil sobresale posicionándose por encima del promedio general (4.7%) con una prevalencia de 7.5%, caso contrario a países como EEUU. Y Costa Rica que se encuentran en una frecuencia alrededor del 4.1%.

Según estimaciones globales de la OMS, es más común la presencia de TA en mujeres que en hombres con porcentajes de 4.6% y 2.6% respectivamente, y en el caso de países de América las prevalencias se incrementan a 7.7% y 3.6% en la misma tónica. (OMS, 2018)

En el año 2022 la población peruana presentó un incremento en el número de casos atendidos en salud mental, por ejemplo, las atenciones en este campo pasaron de 1'368,950 en 2021 –es decir, unas 3,750 al día– a 1'631,940 en 2022 –o sea, más de

4,471 al día, dentro de las cuales la ansiedad y reacción al estrés agudo figuran entre las causas más prevalentes (Ministerio de Salud, 2022).

En ese sentido, en un estudio realizado en 2017 se halló la presencia de ansiedad generalizada en una población de adultos mayores en tres ciudades, Huaraz, Ayacucho y Cajamarca, llegando a los resultados de 2.0% ,0.6% y 0.2% respectivamente; con una prevalencia poco significativa mayor en el género femenino 0.9% sobre el masculino 0.8% mientras que, según la edad, el 1% de individuos de 60 a 74 años presentó ansiedad generalizada, mayor al 0.5% observado por parte de los adultos mayores de 75 a más. (Instituto Nacional de Salud Mental, 2020)

En una investigación desarrollada por el Instituto del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”, mencionan que las ciudades en las que se identificaron mayor cantidad de casos de problemas de salud mental (cuadros ansiosos, cuadros depresivos, alcoholismo, violencia en el hogar) en el 2019 corresponden a Lima con una prevalencia de 26.5%, Ayacucho presenta un 26,0% y Puerto Maldonado 25,4%. En Lima, los trastornos de Ansiedad Generalizada representan un 10,6% del total y son el segundo problema en salud mental después de los cuadros depresivos. (Hospital Nacional Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2020)

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la prevalencia de trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría hospital regional Huacho 2023?

1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el tipo de trastorno de ansiedad más prevalente en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023?
2. ¿Cuál es la prevalencia de los grados de ansiedad del paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023?
3. ¿Cuál es el grado de ansiedad prevalente según sexo del paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023?
4. ¿Cuál es el sexo del paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar el tipo de trastorno de ansiedad más prevalente en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023.
2. Establecer la prevalencia de los grados de ansiedad del paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023.
3. Describir el grado de ansiedad prevalente según sexo del paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023.
4. Detallar el sexo del paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023.

1.4 Justificación de la Investigación

1.4.1. Conveniencia

La finalidad de esta investigación fue evidenciar mediante los resultados, la problemática actual que atraviesan estos pacientes en refuerzo a su salud mental, y puedan ser tomados en cuenta por el personal de salud que trabaja en el Hospital Regional Huacho, a fin de contribuir a elaborar estrategias y procedimientos complementarios que mejoren la atención hacia el paciente del consultorio de geriatría y brindar así la atención integral necesaria con mayor interés en su bienestar mental.

1.4.2. Relevancia Social

En la sociedad, el estudio contribuye a determinar la prevalencia actual de los TA que afrontan los adultos mayores, sirve como precedente para la elaboración de estrategias en el campo de la salud mental por parte de las instituciones sanitarias y demás, contribuyendo a que la calidad de vida de este grupo poblacional mejore.

1.4.3. Implicancias Prácticas

El estudio aporta datos actualizados sobre la prevalencia y búsqueda de TA, contribuyendo de manera positiva a las decisiones por parte de las direcciones hospitalarias competentes para abordar esta problemática en pro de mejorar la salud de los adultos mayores en la localidad huachana.

1.4.4. Valor Teórico

La presente tesis brinda datos estadísticos actualizados, además de ser precedente para futuras investigaciones que ayuden a identificar otras problemáticas sobre trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor en nuestra localidad.

1.4.5. Utilidad Metodológica

Los datos que se recolectaron y los resultados posteriores se alcanzaron mediante escalas estandarizadas, técnicas e instrumentos validados según las descripciones metodológicas establecidas por la bibliografía y recomendaciones de parte del asesor y jurado designado, proporciona un medio de medida actualizado y directo sobre los TA prevalentes en las personas de la tercera edad que concurren al servicio de geriatría del Hospital Regional de Huacho.

1.5 Delimitaciones del Estudio

1.5.1. Delimitación Temática

Área general:	Ciencias Médicas y de Salud
Sub área:	Salud Mental
Disciplina:	Geriatría
Línea de investigación:	Prevalencia de trastornos de ansiedad en adultos mayores.

1.5.2. Delimitación Espacial

El estudio se ejecutó en el consultorio de geriatría del Hospital Regional Huacho, ubicado en el distrito de Huacho, que pertenece la provincia de Huaura, en la región Lima.

1.5.3. Delimitación Poblacional

El estudio se aplicó a los pacientes adultos mayores que concurren al consultorio de geriatría perteneciente al Hospital Regional de Huacho.

1.5.4. Delimitación Temporal

El proceso de recolección de los datos y su análisis posterior se realizaron durante el mes de diciembre del año 2023.

Capítulo II: Marco Teórico

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Investigaciones Internacionales

(Valarezo, Elizalde & Jiménez 2023) Realizaron un estudio titulado, “Principales trastornos de ansiedad en dos Ciudades de Ecuador”, Loja, Ecuador. Su estudio buscó analizar la frecuencia de aparición de los F40-49 trastornos neuróticos, que fueron secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, los que se detallan en las categorías 40-49 correspondientes al Código Internacional de Enfermedades CIE10, el trabajo se ejecutó en las ciudades de Macará y Huaquillas entre el 2018 y 2020. 428 pacientes conformaron la muestra, con un diagnóstico establecido dentro de la clasificación F40-49 , en personas de todas las edades que viven en el cantón de Macará y el cantón de Huaquillas del Ecuador. Se llegaron a las siguientes conclusiones: *“los hombres presentaron más diagnósticos en la subcategoría de Otros trastornos de ansiedad (F41) en comparación a las mujeres. Por otro lado, las mujeres tienen mayor cantidad de diagnósticos en la subcategoría reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43). Los adolescentes varones tienen mayor probabilidad de presentar un diagnóstico en la subcategoría de Otros trastornos de ansiedad (F41). Existe relación entre los trastornos de ansiedad y los Trastornos somatomorfos (F45) con adultos y adultos mayores. Por último, durante el año 2020 existieron mayores probabilidades de presentar un diagnóstico en de la subcategoría de Otros trastornos de ansiedad (F41)”*.

(Poaquiza & Jiménez 2022) Realizaron una tesis titulada, “Trastornos de ansiedad en adultos mayores durante la pandemia COVID-19”, Ecuador. En esta investigación se propusieron analizar el nivel de ansiedad de los adultos mayores durante la pandemia del COVID-19. El diseño de este estudio fue cuantitativo, con un tipo de investigación que fue el observacional descriptivo, con un corte transversal. Dentro de las conclusiones alcanzadas resaltan las siguientes: *“dentro de los individuos estudiados, la ansiedad que fue más prevalente fue el de ansiedad moderada; siendo los síntomas más recurrentes, los latidos cardiacos de características fuertes y acelerados, sensación de presentar piernas débiles, insistente miedo a que lo peor pueda ocurrirle, sensación recurrente de mareos, inestabilidad y cuerpo tembloroso”*.

(Walker Aron, 2022) Según la tesis titulada: “Finding a voice: Exploring the biographical narratives of adults with selective mutism.”. Inglaterra. Tuvo como objetivo explorar las experiencias vividas de los adultos que sufren de mutismo selectivo de una manera que proporcione a dichos individuos una voz y una presencia en la literatura. Realizó entrevistas narrativas en profundidad con seis personas que habían continuado experimentando mutismo selectivo a lo largo de su vida adulta. Concluyó que: *“esta investigación ha explorado las experiencias vividas de adultos con SM, generando nuevos conocimientos a partir de temas co-construidos interpretativos que surgieron de relatos narrativos de primera mano. Se espera que los lectores aprecien y estén informados por los hallazgos que ha generado esta investigación. Con suerte, esta investigación también promoverá el reconocimiento de los adultos que la padecen y fomentará más investigaciones sobre el mutismo selectivo más allá de la infancia. Es importante destacar que esta investigación ha logrado dar voz a quienes a menudo luchan por encontrar uno.”*

(Quinatoa Pilco & Santamaría Guisamana, 2021) Elaboraron un estudio titulado, “Sintomatología de depresión y su relación con la sintomatología de ansiedad por separación en gerontes Cantón Riobamba 2021”. Ecuador. El objetivo que persiguieron fue identificar la correspondencia que existe entre los síntomas de depresión y la sintomatología de ansiedad por separación en adultos mayores. La población de estudio se conformó por 310 gerontes. La investigación fue de tipo descriptiva y correlacional, fue transversal, con metodología de tipo cuantitativo no experimental, ya que no se manipuló la muestra. La conclusión a la que se llegó fue: *“La muestra de estudio aplicada no existe mayor relación entre los niveles de ansiedad por separación y niveles de depresión en gerontes. 2.3% de la población presentó trastorno de ansiedad por separación. 5.5% de la población presentó depresión severa.”*

(Chacón & Xatruch 2021) Realizaron un estudio titulado, “Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo terapéutico”, La Habana, Cuba; la autora tuvo como finalidad, distinguir la importancia que tiene la correcta identificación y de forma oportuna de los trastornos de ansiedad fóbica en individuos mayores, la forma en que se presentan, sus especificidades y los más destacados mecanismos de intervención medicamentosos y psicoterapéuticos en base a las herramientas de la ciencia. Y llegó a las siguientes conclusiones: *“las fobias son trastornos de ansiedad de gran prevalencia en la población adulta mayor que pueden conducir a: disfuncionalidad, malestar emocional y suicidio, y que en varias ocasiones están infradiagnosticadas requiriendo de una atención especializada para su identificación y abordaje. En lo referente a la terapéutica de las fobias en el adulto mayor se destacan las terapias cognitivo-conductuales y las técnicas de exposición. Se*

han utilizado fármacos con buenos resultados sobresaliendo entre ellas, los inhibidores de la recaptación de serotonina y las benzodiazepinas de acción corta. Aún está en estudio si el tratamiento simple (psicoterapéutico cognitivo-conductual) o la terapia combinada (de terapia cognitivo-conductual con medicamentos), son más eficaces, pero resalta el papel que cumplen las técnicas no farmacológicas psicoterapéuticas para cualquiera de las alternativas”.

(Montorio, Nuevo, Losada & Márquez 2020) Desarrollaron un estudio que llevó por título, “Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad”. En esta investigación se tuvo por objetivo evaluar la cantidad de las alteraciones emocionales y, específicamente, de los trastornos de ansiedad entre las personas mayores. La muestra de estudio estuvo estructurada por 109 personas entre ambos sexos en su mayoría mujeres. Las conclusiones alcanzadas por los autores fueron: *“En concreto, un 11,3% cumple los criterios para presentar uno o más trastornos de ansiedad y un 8,2% los cumple para un trastorno del estado de ánimo. Además, la mitad de las personas que cumplían los criterios diagnósticos para un trastorno determinado reúnen adicionalmente los criterios para otro. El trastorno que presenta una mayor tasa de comorbilidad es el TAG, con una tasa del 57,1% de comorbilidad con depresión, mientras que, de manera inversa, el mismo porcentaje de personas que tienen depresión mayor tiene a su vez TAG (57,1%)”.*

(Nilsson Johan, 2019) Realizó una tesis titulada, “Generalized anxiety disorder (GAD) and anxiety symptoms in older adults”, Gotemburgo, Suecia; su objetivo general fue examinar el trastorno de ansiedad generalizada y los síntomas ansiosos en la vejez, así estudiar las consecuencias derivadas de la exposición a diferentes expresiones de ansiedad. El estudio fue longitudinal prospectivo. Las muestras se

obtuvieron de los estudios de cohorte de nacimientos de Gothenburg. Los participantes completaron una entrevista psiquiátrica semiestructurada y una batería integral de pruebas realizadas por enfermeras de investigación capacitadas o médicos. Los diagnósticos psiquiátricos se basaron principalmente en ítems de la Escala de Calificación Psicopatológica Integral (CPRS), según los sistemas de clasificación vigentes. Concluyó que: *“El TAG es común en la vejez independientemente de los criterios diagnósticos. Los sistemas de clasificación actuales han evolucionado por separado y ahora pueden capturar a diferentes personas en casi la mitad de los casos. Además, la edad influye en la sintomatología del TAG, la preocupación y la ansiedad, de manera diferente y, como resultado, la expresión de la ansiedad puede cambiar con la edad. Se sugiere que la ansiedad, pero no la preocupación, sea un posible factor de riesgo variable para la demencia, lo que respalda aún más la noción de diferencias cualitativas entre estos constructos”*.

2.1.2 Investigaciones Nacionales

(Masco & Seas 2021) Elaboraron una tesis que se tituló, “Ansiedad y bienestar psicológico en adultos mayores del distrito de Azángaro, Yauyos – 2021”. En este estudio se trazó el siguiente objetivo general: Determinar la correspondencia entre ansiedad y bienestar psicológico en gerontes del distrito de Azángaro. Esta investigación fue cuantitativo, correlacional y con un diseño no experimental. El estudio dispuso de un grupo de 141 sexagenarios de los cuales 73 accedieron a incluirse en el estudio. Finalmente se concluyó que: *“se encuentra una correspondencia significativa entre la ansiedad y el bienestar psicológico que presentan los sexagenarios; siendo que a más nivel de ansiedad, será menor el bienestar psicológico en los gerontes estudiados”*, *“la Ansiedad se encuentra significativamente relacionada con la dimensión Aceptación; siendo que los*

resultados evidencian que la relación entre las variables es inversa, lo cual significa que, a más grado de ansiedad, el grado de aceptación en el adulto mayor será menor”, “entre la Ansiedad y la dimensión Autonomía existe una correspondencia significativa, es decir, estos datos indican la relación inversa entre estas variables, lo cual denota que, a más nivel de ansiedad, menor será el nivel de autonomía en el sexagenario”, “la Ansiedad presenta relación significativa entre con la dimensión Vínculos, traduciéndose en que la relación entre estas variables se da de forma inversa, lo cual indica que, mientras que exista mayor nivel de ansiedad, menor será el nivel de vínculos en el sujeto estudiado”, “entre la Ansiedad y la dimensión Proyectos, existe una correspondencia significativa; dicha relación entre variables es inversa, lo cual indica que, mientras más nivel de ansiedad haya, la magnitud de la dimensión proyectos en el adulto mayor, será menor”.

(Serrano Cristóbal, 2020) ejecutó un estudio titulado, “Nivel de ansiedad en el adulto mayor desde la perspectiva holística en el policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre - La Victoria”. En esta investigación se buscó conocer el nivel de ansiedad en el adulto mayor desde la perspectiva holística en el policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre, La Victoria. La investigación fue de tipo cuantitativa, siguió el diseño descriptivo. En el estudio se concluyó que: *“el nivel de ansiedad desde la perspectiva holística global se ha encontrado que el 38,3% de los adultos mayores presenta un nivel de ansiedad leve, por lo cual deben ser considerados estos hallazgos para brindar un cuidado enfermero holístico. En lo referente a la dimensión ansiedad como estado, fue un 38.3% de los adultos mayores estudiados quienes presentaron una ansiedad leve y constituyen así, el mayor porcentaje, lo cual podría predisponerlos a presentar depresión posteriormente. Por otro lado, la ansiedad en su dimensión de tipo rasgo, el*

36,7% de los gerontes presentaron una ansiedad leve; lo cual en un futuro podría predisponerlos a padecer algunas situaciones de estrés en su entorno”.

(Coveñas & Sánchez 2020) Desarrollaron un estudio titulado, “Ansiedad, depresión y su asociación con dependencia funcional en adultos mayores frágiles del servicio de Geriatria del Centro Médico Naval”, se buscó identificar la correspondencia entre la dependencia funcional en adultos mayores frágiles del Servicio de Geriatria del Centro Médico Naval con síntomas de ansiedad y depresión. La investigación fue de tipo retrospectivo analítico de corte transversal, se trabajó con una muestra 522 pacientes sexagenarios. Se utilizó el programa estadístico Stata versión 15.0 para el análisis de base de datos. Entre los resultados hallados, destacan: La población estudiada presentó una frecuencia de dependencia funcional de 55.8% según índice de Lawton, de 43.1% según la escala de depresión de Yesavage y 68.97% en la escala de ansiedad según Hamilton. Por otro lado, el grupo de edad más frecuente fueron los mayores de 80 años con 46.96% y se encontró que el sexo masculino tuvo una predominancia de 66.09%. En el análisis bivariado se encontró que los factores asociados para dependencia funcional fueron: 1. Educación, un 61.57% de participantes con dependencia funcional pertenecían al grupo de educación secundaria completa o incompleta. 2. Comorbilidades, encontramos que la frecuencia de dependencia funcional era mayor conforme a la cantidad de comorbilidades, así mismo se evidencia que los participantes con ninguna comorbilidad presentaron una frecuencia de dependencia funcional de 2.05%, los que presentaron una comorbilidad presentaron una dependencia funcional de 9.43% y los que tenían 2 o más comorbilidades mostraron una frecuencia de 88.52%. 3. Fragilidad, se halló en los pacientes frágiles una predominancia de dependencia funcional con un 51.2%. 4. Ansiedad, se encontraron frecuencias altas de 85.2% y 5. Depresión evidenciada en

pacientes que presentaron dependencia funcional con frecuencias de 69.06%.

Finalmente, el estudio concluyó que: *“existe correspondencia entre la depresión presentada y su dependencia funcional. Además, se hallaron factores asociados como la presencia de dos o más comorbilidades que incrementa la posibilidad de tener dependencia funcional”*.

(Quispe Sangay, 2018) En su tesis titulada, “Ansiedad, depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 puesto de salud Pata-Pata – Cajamarca – 2018”. El objetivo fue describir la prevalencia de ansiedad, depresión y los factores de riesgo en los gerontes beneficiarios del programa pensión 65 del Puesto de Salud Pata-Pata, Cajamarca 2018. El estudio fue descriptivo, de corte transversal y la muestra estuvo estructurada por 40 sexagenarios que habitan dentro de la jurisdicción del Centro Poblado La Paccha que es un distrito en Cajamarca. Se les ejecutó la Escala de Yesavage, la Escala de Goldberger además de un cuestionario de factores biopsicosociales; los datos fueron procesados con el SPSS versión 19.0, se respetaron los principios éticos y de rigor estadístico. El estudio llegó a los siguientes resultados: la prevalencia de ansiedad y nivel leve de depresión halladas fueron de 20% y 72,5% respectivamente. Así también, se identificaron como factores de riesgo biológicos: dolor crónico en un 72.5%, presencia de enfermedades crónicas con un 70%, la falta de tratamiento médico 57.5%, y el ser de sexo femenino con 52.5%; en la dimensión de factores psicológicos, los más relevantes son: temor a enfermarse 95%, temor a la muerte 75%, la percepción que el desempeño de sus actividades cotidianas lo realizan con dificultad 70%, suelen estar tristes o llorosos en el 57.5% de la muestra; respecto al factor social: no son participes en la toma de decisiones respecto a sus actividades del día a día 47.5%; la frecuencia de acercamiento con sus amistades o vecinos es de 45%; no se integran en ningún tipo de actividad recreativa, deportiva o

social 35%; se encuentran en estado de viudez 30%. Las conclusiones fueron: *“la ansiedad se encuentra en un 20%, mientras tanto la depresión leve en un 72.5% y depresión severa en un 10% de los gerontes beneficiarios del Programa pensión 65 del Puesto de Salud Pata-Pata, Este último trastorno mental se presenta mayormente en las mujeres adultos mayores”*.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Ansiedad

La ansiedad está definida como tensiones musculares que experimenta el organismo, además de preocupación y cambios corporales fisiológicos como incremento de la tensión arterial, inestabilidad, temblores en extremidades, la vigilancia de peligros futuros, y realización de comportamientos específicos para evitar ciertas circunstancias. (APA, 2018)

Como consecuencia, se generan reacciones psicofisiológicas de activación intensa en el sistema nervioso central y otros sistemas, se presenta cuando se hace necesario actuar en una situación que demanda un esfuerzos intensos o mantenidos, sirve para activar al organismo y hacer frente a una amenaza o peligro que está ocurriendo en el entorno en un presente o que puede ocurrir en el futuro. (Lázaro, 2018)

Son alteraciones en la mente de aparición muy frecuente, que pueden causar sufrimiento y disminución de las capacidades, constituyen un déficit significativo tanto en los ámbitos sociales como en los económicos para las personas y las familias que lo padecen (Chacón, 2021).

La ansiedad permite realizar una función de adaptación nos ayuda a ponernos alerta frente sucesos en los que nos vemos involucrados. La ansiedad en una medida adecuada, proporciona un componente proporcional de precaución ante situaciones potencialmente peligrosas. Así también, la ansiedad cuando es moderada nos ayuda a permanecer concentrados y hacerles frente a los retos, sin embargo, existen ocasiones en que el sistema de respuesta a la ansiedad se ve superado y funciona de manera desregulada, llegándose a presentarse incluso ante la ausencia de algún peligro determinado. El individuo se percibe paralizado indefenso y, en general, se produce con el tiempo, un deterioro en el funcionamiento psicosocial y/o fisiológico (SEMI 2023).

2.2.2 *Adulto Mayor*

El término adulto mayor es utilizado para describir a las personas que superaron los 60 años de edad, también llamados de la tercera edad. Debido a su misma naturaleza este individuo presenta características que se adquieren desde un aspecto biológico, social y psicológico, que van desde recuerdos de sus experiencias vividas, circunstancias, su círculo social y familiar. (Reyes 2018)

La población mundial envejece de forma creciente desde los años 50 hasta llegar a la actualidad, se ha convertido en un tema de importancia sobre todo por la atención de su salud. Las personas sexagenarias, aumentaron entre el siglo XX y lo que va del siglo veintiuno de forma considerable, y se estima que en el año 2025 el número llegará a 1200 millones de gerontes en todo el mundo. (Pomares, Santiesteban, Regal & Vásquez, 2021)

A medida que la edad avanza, la salud mental está íntimamente influenciada no solo por los aspectos fisiológicos y sociales, sino también por las experiencias vividas acumuladas en tiempos anteriores y los factores estresantes que conlleva la edad y el

envejecimiento. La exposición inexorable del adulto mayor a la adversidad, la pérdida significativa de sus capacidades y una disminución considerable en su autonomía pueden provocar disfunciones psicológicas como la angustia. (OMS 2023)

En este grupo etario es más probable que se experimente el duelo, la disminución de su capacidad económica, o perder funciones a las cuales estaba acostumbrado y por las que tenía sentimiento de inclusión. A pesar de diferentes aportes la sociedad, la realidad de muchos adultos mayores es ser víctimas de discriminación por motivo de su edad, lo que puede paulatinamente va afectando su salud mental. (OPS, 2023)

Asistencia del adulto mayor a servicios de salud. A medida que la edad avanza se incrementan los riesgos en la salud, y estos podrían tener implicancias variables en su capacidad integral. (OMS, 2020) Sin embargo, existen aún muchos obstáculos que dificultan el acceso de estas personas a atenderse en un establecimiento de salud, mayoritariamente en países de ingresos bajos como el nuestro; además, incluso cuando tienen acceso, a menudo se encuentran con servicios que no han sido diseñados para satisfacer sus necesidades, esto constituye un desafío para las autoridades pertinentes y crear las condiciones necesarias para ir mejorando este contexto. (Ramos, 2020)

2.2.3 Trastornos de Ansiedad

Son comportamientos y sensaciones que tienen semejanza con temor y ansiedad marcados y desproporcionados, así también como ciertas alteraciones en la conducta que se presentan de forma recurrente (APA, 2018).

Los trastornos ansiosos presentan frecuentemente miedo y una preocupación desmedida y por comportamientos que no se encuentran relacionados. Estos síntomas

llegan a ser marcadamente graves o notorios como para producir en el individuo, sentimientos angustiantes o desmedro recurrente de su capacidad funcional (OMS, 2021).

La definición de ansiedad se refiere a la respuesta natural del ser humano, ante una ocasión potencialmente amenazante; pero cuando estas reacciones se tornan concurrentes, molestas y llegan a influir en la conducta del individuo, es necesario un análisis estructurado para identificar implicancias patológicas pues los trastornos ansiosos se presentan de manera frecuente en la población, siendo estos, los que provocan intranquilidad y discapacidad a nivel emocional, además, atañen la esfera social y económica (Chacón, 2021).

Algunas veces se intercambian los conceptos de ansiedad y miedo; siendo el miedo una reacción emocional a un peligro inminente, real o imaginario, por su lado, la ansiedad es una respuesta de forma anticipatoria a una amenaza próxima. Es previsible que las dos respuestas tienen componentes semejantes, aunque también difieren, porque el miedo frecuentemente es asociado a activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro próximo y comportamientos de huida, mientras que cuando hablamos de la ansiedad, está más a menudo relacionada con tensión muscular, vigilancia ante un peligro futuro y cambios en los comportamientos, ya que se tornan cautelosos o evitativos. (APA, 2018)

Estas alteraciones seguidamente se correlacionan con la existencia de otras patologías en el espectro de la salud mental como lo son, la depresión, los trastornos de la personalidad, trastorno por uso indebido de sustancias, y presencia de otros trastornos de ansiedad. Como los trastornos de ansiedad a menudo constituyen puntos de partida a otras alteraciones mentales, el oportuno tratamiento de estos indicios,

podría prever o retrasar su desarrollo, conllevando a que el individuo que lo padezca pueda desarrollar su vida con relativa normalidad (Barnhill, 2023).

Entre los trastornos de ansiedad podemos encontrar según DSM V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastorno mentales) varias clasificaciones los cuales van a variar entre sí según el tipo de objetos o situaciones que producen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la componente mental asociada. A pesar que los trastornos de ansiedad pueden presentarse de manera conjunta, se pueden diferenciar cada uno de ellos a través de un análisis minucioso, sobre los escenarios que se temen o de la naturaleza de pensamientos que eso conlleve. Dichos trastornos se discriminan del miedo o la ansiedad considerada normal propios del desarrollo por ser marcados o persistir más allá de los tiempos de desarrollo apropiados, se distinguen del miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser concurrentes (persisten por 6 meses o más). (APA, 2018)

Según el DSM V de la asociación americana de psiquiatría, los TA se clasifican de esta forma:

A. Trastorno de Ansiedad por Separación. Temor concurrente o ansiedad intensa relativo a la necesidad de separarse de la persona con la que se ha establecido un vínculo cercano, y que se denota con tres manifestaciones clínicas como mínimo centradas preocupación; en primer lugar se presenta el malestar psicológico que es subjetivo; la segunda, negación contundente a quedarse solo en su vivienda o desplazarse a otros lugares (colegio, centro de labores, etc.) ; finalmente, pesadillas o síntomas fisiológicos ante el distanciamiento de esas figuras de vinculación o su anticipadamente a la ocurrencia de este hecho. (APA 2018)

En adultos mayores, se manifiesta un elevado grado de preocupación por sus hijos y cónyuges, lo cual representa una intensa preocupación al separarse de ellos; consecuentemente dejará de realizar actividades que impliquen alejamiento de personas por la que presentan apego (no salen de casa, evitan viajar) (Blanco, 2020).

Para visualizar los criterios diagnósticos de la ansiedad por separación según el DSM V de la APA y se encuentran en el anexo 08.

B. Mutismo Selectivo. Es la falta de capacidad concurrente de hablar o responder a terceros en una situación social determinada donde se supone que iba a realizarse, a pesar de poder hacerlo sin alteraciones en situaciones distintas (por lo general en el hogar y en presencia de personas cotidianas o familiares muy cercanos). Se trata de una alteración mental no muy frecuente, que no fue incluida como categoría diagnóstica cuando se ha realizado investigaciones de tipo epidemiológicas referentes a frecuencias de enfermedades que se presentan en la infancia. Ni la raza, ni el género o la etnia parece variar el carácter prevalente de la enfermedad. Sin embargo, este trastorno es aparición más probable en los niños pequeños que en demás grupos etarios (APA 2018).

En ese sentido, en la definición del DSM V abarca a todo individuo que cumpla con los criterios diagnósticos establecidos, es decir, un sexagenario que sufre de esta alteración podría desenvolverse con naturalidad en entornos familiares y cómodos para su persona, pero por diversas circunstancias y estímulos psicológicos cambia su comportamiento frente a demás personas que le resulten lejanas, teniendo un comportamiento mudo. (APA, 2020)

El mutismo selectivo presenta criterios diagnósticos en el DSM V de la APA y se encuentran en el anexo 08.

C. Fobia Específica. Se trata de temor o ansiedad intensa y concurrente, de aparición instantánea y poco variable respecto a un objeto o situación específica, que se tratan de evitar o que se soportan a costa de presentar un temor marcado y que causa malestar (APA 2018).

Se diferencian en que la ansiedad breve se puede sentir con la realización de pequeñas tareas, en cambio, las fobias específicas son duración larga, con producción de reacciones físicas y psicológicas intensas, y que llegan a alterar el potencial laboral de quien lo padezca (FASS 2021).

En el caso de adultos mayores, frecuentemente llegan a evitar determinados alimentos, para no atragantarse o presentar situaciones que creen no pueden afrontar, presentando malestar intenso (FASS 2021).

Para la fobia específica el DSM V de la APA presentan criterios diagnósticos que se encuentran en el anexo 08.

D. Trastorno de Ansiedad Social. Este trastorno se instaura como temor ante circunstancias sociales, es frecuente y marcadamente intensa que los individuos que lo presentan sienten que sobrepasa su control. Llegando a interferir en algunas personas, se convierte entonces en un obstáculo para ir a su centro de labores, asistir a centro de estudios o hacer otras actividades rutinarias. Otros individuos, tal vez logren realizar estas actividades, pero sienten hacen dichas actividades a costa de mucho temor o preocupación.

Frecuentemente se presenta el hecho de tener que participar en alguna situación social con semanas de anticipación para que se lleve a cabo; a veces, optan por la solución de evitar asistir a lugares que les causen esta angustia o les generen sentimientos marcados de vergüenza (NIMH, 2022).

Cuando estos individuos se encuentran en un lugar público, surge la sintomatología de ansiedad o miedo ya que tienen la sensación de que estas otras personas se encuentran realizando un análisis sobre su comportamiento, evaluándolos o haciendo un juicio, lo mismo ocurre cuando les toca hablar frente a un público, salir en una cita, responder en clase alguna pregunta o interactuar con algún vendedor. En situaciones públicas donde se ve su desempeño, las personas con ansiedad social también pueden presentar manifestaciones físicas de ansiedad, que incluyen rubor facial, sudoración, temblores en extremidades y palpitaciones cardiacas, pueden tener postura corporal rígida o bajar bastante el tono de su voz, tener dificultad mirar directo a los ojos, interactuar con personas que no son conocidas en situaciones sociales por más que tengan la intención de hacerlo. (NIMH, 2022)

También se pueden conceptualizar como temor o ansiedad intensos que aparecen casi siempre en relación a circunstancias sociales en las que la persona se expone a un posible escrutinio de parte de otras personas. La persona se ve limitada y teme actuar de una manera o mostrar síntomas de ansiedad ya que podrían constituir valores negativos por los observadores. (APA, 2018)

Un típico caso de ansiedad social, lo denota una situación donde el individuo afectado se siente demasiado nervioso al hablar con otros, ya que tiene la idea de realizar algún tipo de diálogo o acto que lo deje en ridículo y que los otros tengan ideas negativas sobre él. En estas situaciones la persona tiende a ruborizarse y al auto percibirse, su angustia se incrementa aún más. (Forcadell, 2018)

Los criterios de diagnóstico para trastorno de ansiedad social según el DSM V de la APA se encuentran en el anexo 08.

E. Trastorno de Pánico. Crisis de angustia no esperadas y concurrentes, al menos en un caso, va seguido durante por lo menos, un mes de inquietud o preocupación continua por la posibilidad de que aparezcan nuevos casos de crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio considerable y desadaptativo en su conducta que se relacione con las futuras crisis de angustia. (APA 2018)

Para el trastorno de pánico los criterios de diagnóstico según el DSM V de la APA se encuentran en el anexo 08.

F. Agorafobia. Temor o ansiedad que aparecen prácticamente siempre respecto a la aparición de dos o más circunstancias prototípicamente agorafóbicas, es decir, el usar los transportes públicos, encontrarse en lugares abiertos, u opuestamente ubicarse en lugares cerrados, el hecho de hacer colas o incluso estar solo fuera de casa, constituyen en sí, situaciones que se quieren evitar efusivamente, se necesita la presencia de una persona acompañante o se toleran presentando intenso miedo o ansiedad. El individuo trata de evitar estas circunstancias ya que presenta temor de tener complicaciones en caso quiera huir o si necesitaría requerir asistencia ante la aparición de sintomatología semejante a la angustia, o de otro tipo de sintomatología que lo torne incapacite o que esté presentando situaciones que generen vergüenza. (APA 2018)

Citando un ejemplo, consistiría en que una persona note mucho malestar y ansiedad porque presenta ideas en las que se puede llegar a desmayar cuando sube en el metro o el autobús lo que le obliga a tomar la decisión de bajarse antes de llegar a su destino. Finalmente toma la decisión de no usar el transporte público. Una sensación similar cuando evita irse de compras por la ciudad ya que existe multitud de gente en ese contexto. (Lera, 2018)

La Agorafobia según el DSM V de la APA presentan los criterios diagnósticos en el anexo 08.

G. Trastorno de Ansiedad Generalizada. Son sensaciones de ansiedad y preocupación desproporcionados y continuos donde los individuos que lo padecen presentan dificultades para manejar diversos sucesos o actividades y se asocian a tres o más síntomas de sobre activación fisiológica (APA 2018).

A consecuencia de estos síntomas, a la persona que lo padece, le cuesta dormir y presenta una continua tensión, también pueden presentar cefalea, incremento de la tensión arterial, u otros síntomas fisiológicos (Bembibre, 2019).

En el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM V de la APA existen criterios diagnósticos que se encuentran en el anexo 08.

H. Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias/Medicación. El cuadro clínico esta caracterizado principalmente porque existen de crisis de temor intranquilidad o ansiedad y en el que existen evidencias de que estos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o en caso de la toma de medicamentos capaces de producir dichos síntomas.

Para el trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicación según el DSM V de la APA existen criterios diagnósticos y se encuentran en el anexo 08.

I. Trastorno de Ansiedad Debido a otra Enfermedad Médica. En esta categoría se establece que el cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, presentando evidencias clínicas que ello es consecuencia fisiopatológica directa de otro cuadro patológico médico (APA 2018).

En los hallazgos necesarios para su diagnóstico están la de presentar la historia clínica, un examen físico detallado y unos hallazgos de laboratoriales que aseguren que el cuadro es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica; además que, el cuadro no se identifica mejor por la presencia de otro trastorno mental (APA, 2021).

Los aspectos necesarios para la identificación de los trastornos de ansiedad debido a otra afección médica según el DSM V de la APA se encuentran en el anexo 08.

J. Otros Trastornos de Ansiedad. Existencia de hallazgos clínicamente significativos que denotan algún TA y no llegan a cumplir con los criterios diagnósticos estipulados de ninguno de esos trastornos. Pueden especificarse o no, dependiendo si se conocen los motivos por las que no se llegan a cumplir los criterios diagnósticos por falta de información. (APA 2018)

2.3 Bases Filosóficas

En los inicios de la era, un método usado por el ser humano, era explicar lo que le resulta desconocido o inexplicable haciendo referencia a la existencia de fuerzas paranormales o de índole divino. Posteriormente en etapas venideras se empiezan a rechazar las explicaciones sobrenaturales para iniciar a las respuestas conformadas por ideas abstractas, filosóficas, sobre todo cuando se trata de explicar fenómenos como el funcionamiento del mundo. Por último, en una tercera etapa el ser humano se centra en la explicación exacta de los hechos mediante el uso de la experiencia y hechos empíricos, con lo que elaborarían teorías más fidedignas y perdurables (Huertas, W. 2023).

La reflexión filosófica que abarca temas médicos data de un tiempo tan antiguo como lo son también el desarrollo de la medicina y la filosofía propiamente dichas. Durante cada época, pensadores y críticos tanto del ámbito médico como filosófico buscaban niveles de entendimiento acerca de la medicina y su práctica, en sus diferentes dimensiones como lo es la salud mental. La correspondencia intrínseca entre la medicina y la filosofía, por ser una relación antigua compleja y milenaria, es susceptible de múltiples interpretaciones según sea el énfasis, el foco y el interés que se disponga (Calvo 2021).

Las primeras manifestaciones de una alteración mental pueden ser encontrada en las escrituras bíblicas. Donde en los primeros libros se describe la locura de Nabucodonosor, donde se le castiga con la locura, la pérdida de su juicio; la que se interpreta como presentar comportamientos semejantes a los animales. En culturas más avanzadas se dio lugar a las trepanaciones de cráneos, practicadas desde un tiempo de 5000 años, con pruebas palpables en todo el mundo, que aparentemente presentaban entre una de sus finalidades el liberar los demonios causantes de las alteraciones mentales (Millán, 2018).

En Grecia hacia el siglo V a.C se da inicio a una interpretación en su mayoría naturalista de las alteraciones mentales cuando se extiende la teoría humoralista de la enfermedad enfocado a los problemas de índole cognoscitivo. *El humoralismo* como principio mencionaba que adecuadamente debía existir un equilibrio entre 4 fluidos o “humores” que integraban el cuerpo humano, los cuales eran: la bilis de color negro, la bilis de tono amarillo, la flema o pituita y finalmente la sangre.

Así, por decir, cuando una persona presenta fiebre o un problema respiratorio se traducía como consecuencia de un particular desequilibrio en la composición humoral

de los órganos afectados, para lo cual, el trabajo que debía lograr el médico era reimplantar el balance que se perdió en la menor cantidad de tiempo posible. Una característica de la teoría humoral es que surgía la necesidad imperiosa de situar topográficamente el desequilibrio, por lo tanto, cuando se habla de las enfermedades mentales debía ubicar el lugar preciso del desequilibrio que las causaba, y ese lugar era primordialmente atribuible al cerebro. Esta interpretación somatista de la enfermedad, en un inicio, debió luchar arduamente contra la difundida y hegemónica creencia de la posesión demoníaca, la cual en la cultura griega la forma más significativa de “entusiasmo”, una posesión por los dioses o “inspiración” que llevaba a profetizar, hablar en lenguas o hacer extrañas contorsiones a quienes eran así poseídos (Salaverry, O. 2018).

Ya en épocas posteriores surge el positivismo que es una corriente filosófica que surge en el siglo XIX y se enfoca en la primacía de la experiencia y la observación como base del conocimiento. Uno de los fundamentos principales del positivismo es el énfasis en la ciencia como forma válida de entender el mundo. Dentro de sus principios básicos del positivismo principalmente es el de valorar la experiencia por encima de todo, el atravesar el proceso de la experiencia y documentar de forma sistemática los hallazgos, privilegiar la ciencia frente a otras formas de conocimiento como la religión o filosofía; buscar leyes generales aplicables universalmente mediante procesos empíricos rigurosamente controlados; utilizar un lenguaje claro e inequívoco que sirva de manera global para unificar criterios; creer firmemente en el progreso social gracias al desarrollo científico (Huertas, W. 2023).

En el siglo XX surge un nuevo concepto de enfermedad mental, más asociado a una concepción orgánica y biologicista, secundaria a las doctrinas clásicas y del positivismo radical, que basaba sus observaciones en individuos humanos clasificados

en los manicomios morales. Entre los representantes encontramos a Emil Kraepelin (1856-1926) que propone un acercamiento clínico en el que la narrativa del individuo es traducida de síntoma a signo. Kraepelin se centró en la clínica, como herramienta fundamental para llegar al diagnóstico y terapéutica, y ser superior a la formulación de hipótesis e incluso a la anatomía patológica. Describió inicialmente la demencia praecox (actualmente esquizofrenia) y la psicosis maníaco-depresiva (Salaverry, O. 2018).

También destaca en los comienzos de esta centuria, Eugen Bleuler, quien propone que las enfermedades psiquiátricas son causadas principalmente por trastornos de índole biológico o genético; es autor de aportes fundamentales en psiquiatría clínica, a él se deben los vocablos de «esquizofrenia» (sustituyendo al término propuesto por Kraepelin) y «autismo», recogidos en su obra titulada “Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias”.

Durante los últimos años del siglo XIX y los primeros años del XX tiene lugar la denominada Tercera Revolución Psiquiátrica, con énfasis en los trabajos de escucha atenta de lo que el paciente psiquiátrico tiene que contar, de la misma manera Sigmund Freud (1856-1939) que no sólo se limita a escuchar, sino que intenta comprender al enfermo mental (Salaverry, O. 2018).

2.4 Definición de Términos Básicos

A continuación, es importante describir los principales conceptos que se utilizaron dentro del estudio:

2.4.1 Trastorno

En medicina, el término trastorno se usa al describir una alteración o anomalía de la función física o mental, puede afectar cualquier parte del cuerpo y se pueden

traducir en una amplia variedad de síntomas, dependiendo de la parte del cuerpo alterada y de la naturaleza específica del trastorno (Clínica Universidad de Navarra, 2023).

2.4.2 Ansiedad

Estado de angustia o aflicción que puede sufrir una persona sin necesidad de existir motivo alguno para tener realmente una preocupación; es una emoción común y saludable que todo ser humano ha experimentado en algún momento de su vida y lo ayuda a prepararse para hacer alguna cosa importante (Lázaro, 2018).

2.4.3 Trastorno de Ansiedad

Preocupación excesiva, miedo y/o ansiedad intensa. Estos trastornos generan un importante malestar y afectan al funcionamiento habitual de la persona de cualquier edad (en la relación con la familia o amistades, en el rendimiento en el colegio o en el trabajo). En función de cuál sea el foco principal del miedo y/o la preocupación se habla de un trastorno u otro (Forcadell, 2018).

2.4.4 Adulto Mayor

Según la defensoría del pueblo, las leyes peruanas se denomina adulto mayor a aquella persona que tiene 60 años o más (DP, 2023). También se les denomina personas de la llamada tercera edad, son quienes han alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida) (Pérez, 2020).

2.4.5 Mutismo Selectivo

El mutismo selectivo se caracteriza por la decisión de las personas de dejar de hablar repentinamente, sin que existan problemas previos, de inicio temprano en la infancia (Alaka, 2016).

2.4.6 Trastorno de Ansiedad por Separación

El trastorno de ansiedad por separación (TAS) es una manifestación psicopatológica, caracterizada por la incapacidad del individuo de quedarse y estar a solas, no es capaz de separarse apropiadamente de la persona que es emocionalmente significativa para él (Blanco, 2020).

2.4.7 Fobia Específica

Son un temor abrumador e irracional a objetos o situaciones que plantean un peligro real pequeño, pero provocan ansiedad y conductas de evitación (FASS 2021).

2.4.8 Trastorno de Ansiedad Social

Cuadro clínico caracterizado porque la persona tiene miedo intenso a situaciones sociales (mantener una conversación, ser observado o actuar ante otras personas, etc.) (Forcadell, 2018).

2.4.9 Trastorno de Pánico

Es un episodio de ansiedad repentino e intenso que se acompaña de sensaciones físicas desagradables (palpitaciones, sensación de ahogo, mareos) y de pensamientos que suelen ser catastróficos (miedo a perder el control o a morir, entre otros) (Lázaro, 2018).

2.4.10 Agorafobia

La persona tiene de forma habitual miedo ante algunas situaciones, por si no puede marcharse o pedir ayuda si lo necesita. A consecuencia de esto, la persona suele evitar estas situaciones como usar el transporte público, ir a un concierto o a un restaurante (Lera, 2018).

2.4.11 Trastorno de Ansiedad Generalizada

Cuadro clínico en la que una persona se preocupa todo el tiempo por diversas cosas del día a día (por ejemplo, por el colegio, el trabajo o por la salud de sus hijos), hasta el punto de que estas preocupaciones afectan al sueño, la capacidad de concentración o la persona se siente muy tensa o fatigada (Bembibre, 2019).

2.4.12 Trastorno de Ansiedad Inducida por Sustancias/ Medicamentos

Se trata de un trastorno de ansiedad, que exhibe características similares a la de ansiedad generalizada, crisis de angustia, obsesiones-compulsiones o síntomas fóbicos, pero tiene la particularidad de ser producido por el uso de drogas o por fármacos y puede presentarse durante la intoxicación o durante el periodo de abstinencia (APA, 2021).

2.4.13 Trastorno de Ansiedad Debido a otra Afección Médica

Es una anomalía donde se presenta la ansiedad clínicamente significativa que se considera necesariamente secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (APA, 2021).

Capítulo III: Metodología

3.1 Diseño Metodológico

3.1.1 Tipo de Investigación

El estudio de investigación según su orientación fue de tipo básico porque se originó en un marco teórico y permaneció en él, buscó incrementar los conocimientos científicos sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en el adulto mayor, mas no persiguen propósitos aplicativos inmediatos (Álvarez, 2020), según su período y frecuencia de aplicación fue transversal pues recolectó datos sobre trastornos de ansiedad en un solo momento (Sampieri y Baptista, 2017). Fue un estudio observacional ya que los datos sobre los trastornos de ansiedad en adultos mayores no fueron manipulados, sino solo fueron observados y analizados (Hernández, 2018). Fue prospectivo porque los datos sobre trastornos de ansiedad fueron obtenidos y analizados transcurriendo el año 2023 (Ríos, 2017).

3.1.2 Nivel de Investigación

Es descriptivo ya que especificó propiedades características de conceptos, fenómenos, variables o hechos en un contexto determinado. Porque define variables del fenómeno referido y cuantificó las dimensiones del problema, suceso o situación (Hernández, 2018).

3.2.3 Diseño

Fue no experimental pues la investigación se realizó sin manipular deliberadamente las variables, sino que se observaron situaciones ya existentes – prevalencia de trastornos de ansiedad- no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza (Álvarez, 2020).

3.1.4 Enfoque

Fue un estudio cuantitativo pues utilizó la recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico de los trastornos de ansiedad en el adulto mayor (Sampieri y Baptista, 2017).

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

Estuvo compuesta por los pacientes adultos mayores que han sido atendidos por lo menos una vez en el consultorio de geriatría del Hospital Regional Huacho durante el año 2023.

3.2.2 Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, considerando la asistencia de los adultos mayores que acuden a consulta regular mediante cita programada. Se realizó un promedio de la asistencia mensual respecto del año anterior (2022), obteniéndose un total de 90 individuos adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, y a los que se les aplicaron los instrumentos de recolección de datos.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes adultos mayores que presentaron lucidez mental, que se encuentren orientados en tiempo espacio y persona.
2. Pacientes adultos mayores que aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio y lo manifiesten a través del consentimiento informado.
3. Pacientes adultos mayores que acudieron por lo menos a una vez al consultorio de geriatría del Hospital Regional Huacho en el año 2023.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes adultos mayores que no presentaron lucidez mental, no se encontraron orientados en tiempo espacio y persona.
2. Pacientes adultos mayores que no aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio.
3. Pacientes adultos mayores que no han acudido al consultorio de geriatría del Hospital Regional Huacho en el año 2023.

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.3.1 Técnicas a Emplear

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento se aplicó el cuestionario (Inventario de Ansiedad de Beck) el cual determinó el grado de ansiedad que presenta el adulto mayor, se catalogó como mínima, leve, moderada o severa dependiendo de la sumatoria de los ítems.

Inmediatamente después, se aplicó la entrevista estructurada donde se aplicaron los criterios diagnósticos de trastornos de ansiedad establecidos en el DSM V a todos aquellos individuos que resultaron con ansiedad moderada o severa, por este medio, poder identificar el tipo de trastorno que pudo presentar el adulto mayor.

3.3.2 Descripción del Instrumento.

El Inventario de Ansiedad de Beck fue diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) consta de 21 ítems o también llamados reactivos, 8 de evaluación de síntomas subjetivos, 6 de síntomas neurofisiológicos, 3 de síntomas respiratorios, 4 ítems de

respuesta autonómica. Es un instrumento ampliamente validado en numerosos estudios, una de sus ventajas a parte de su practicidad es su objetividad en ansiedad, desligándola de síntomas que pueden aproximarse como la depresión.

La calificación se hizo a través de una escala tipo Likert de 0 a 3, donde 0 significa la ausencia del síntoma y 3 su severidad máxima. El puntaje total se obtuvo de la suma de cada uno de los reactivos, siendo 0 el puntaje mínimo y 63 el máximo se podrá clasificar a la ansiedad presentada como mínima (0 - 7), leve (8 - 15), moderada (16 - 25) y severa (26 - 63).

Posteriormente entre quienes presentaron ansiedad catalogada como moderada y severa, se aplicó la entrevista estructurada hacia los adultos mayores basada en los criterios diagnósticos del DSM V para identificar la naturaleza del trastorno de ansiedad presentado y poder así realizar una aproximación diagnóstica al ser catalogada en base a su origen. Se desestimó a la población con resultados de ansiedad mínima y ansiedad leve semejante a lo realizado en otros estudios donde se considera a la muestra cuya sintomatología clínica se haga evidente.

Durante la entrevista, se encontró que la causa de su ansiedad lo constituía principalmente el estado de su salud, reflejado en presentar algún resultado de laboratorio alterado, alguna sintomatología nueva que padezcan o el pronóstico de su enfermedad, incluso hasta la preocupación sobre el futuro de otros familiares a su cargo. Ante esto, la Asociación Americana de Psiquiatría (2020), menciona que se debe tener en cuenta que se debe diferenciar entre el trastorno de ansiedad debido otra afección médica con el trastorno de ansiedad por enfermedad, ya que ambos cuadros muestran similitud sintomatológica, no obstante, en el APA (2020) se menciona que la diferencia entre uno y otro radica en la certeza de que las consecuencias de la afección médica inicial repercute a través de mecanismos fisiopatológicos en las manifestaciones

ansiosas del adulto mayor, por lo cual, en el momento de la recolección de datos se consideraron los antecedentes patológicos mencionados por los investigados.

Por último, los resultados fueron presentados en tablas para su mejor visualización y elaboración de las conclusiones pertinentes.

3.4 Técnicas de Procesamiento de Información

Culminada la recolección de datos se procedió a registrarlos en una hoja de cálculo configuradas por el autor en el programa Excel 2017. Luego, se realizó el análisis e interpretación de datos a través del programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 26; el cuál efectuó de manera ordenada la distribución y frecuencia de los datos de las variables en estudio, obteniéndose gráficos y tablas de distribución, facilitando la presentación de los datos e interpretación de los mismos.

3.5 Consideraciones Éticas

Para resguardar los principios éticos del trabajo de investigación, cumplir con los objetivos de esta tesis y la confidencialidad de los datos proporcionados por los sujetos de estudio, se explicaron a los participantes, sus derechos, y su capacidad de denegar su participación antes durante incluso después de aplicado el instrumento; quedando expresamente aceptado por ellos, mediante la firma de su consentimiento informado.

El consentimiento informado se puede definir como el compromiso ético que establece el investigador con la fuente de información (las unidades de estudio o participantes de la investigación) el cual está destinado a informar en forma oral o escrita los datos de materia de investigación, para lo cual previamente se le ha informado de forma completa al participante en qué consiste el estudio, el propósito,

justificación y los objetivos del estudio; si se encuentra de acuerdo con lo informado y acepta participar de la investigación dejará firmado el documento llamado consentimiento informado o expresara su aceptación, constituyendo así el documento resultante en el testimonio de quien va a ser investigado (participante de la investigación), logrando así una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma. (Vera, 2016)

El consentimiento informado es la expresión de dos voluntades debidamente conocedoras, competentes y autónomas que deciden contribuir a un procedimiento científico con proyección social, el cual garantiza que el sujeto de investigación exprese su intención de participar en la entrega de información a través de la aplicación del instrumento. (Ávila, 2015)

Capítulo IV: Resultados

4.1 Análisis de Resultados

Tabla 1.

Prevalencia de los grados de ansiedad en el adulto mayor del consultorio de geriatría del Hospital Regional de Huacho 2023

Tipos de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Mínima	19	21.1
Ansiedad Leve	53	58.9
Ansiedad Moderada	14	15.6
Ansiedad Severa	4	4.4
Total	90	100

Fuente: Datos obtenidos mediante el Inventario de Ansiedad de Beck a adultos mayores que concurrieron al consultorio externo de geriatría del Hospital Regional Huacho, 2023

En la tabla 1, referente a la prevalencia de los grados de ansiedad, se encontró que, con ansiedad mínima hubieron 19 individuos que se traducen en el 21.1% de los participantes, con ansiedad leve, se halló a 53 entrevistados que se plasman en el 58.9% de la muestra, en lo referente a ansiedad moderada el hallazgo fue del 15.6% de los sujetos de estudio constituidos por 14 adultos mayores, en el caso de la ansiedad severa, la prevalencia fue del 4.4% de las personas abordadas con 4 participantes en el estudio.

Podemos evidenciar que la ansiedad leve es la más prevalente. Por cada persona ansiedad moderada hay 4 con ansiedad leve, y en comparación con la ansiedad mínima la relación va de 3 a 1; la ansiedad severa por su parte fue la menos prevalente, es decir, son muy pocos los adultos mayores que presentan la sintomatología ansiosa marcada.

Tabla 2.

Grado de ansiedad según sexo del adulto mayor del consultorio de geriatría del Hospital Regional de Huacho 2023

Grado de Ansiedad	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Mínima	6	24.0	13	20.0
Ansiedad Leve	16	64.0	37	56.9
Ansiedad Moderada	3	12.0	11	16.9
Ansiedad Severa	0	0.0	4	6.2
Total	25	100	65	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de los criterios diagnósticos DSM V a adultos mayores que concurrieron al consultorio externo de geriatría del Hospital Regional Huacho, 2023

En la tabla 2, se presenta los grados de ansiedad según el sexo del adulto mayor, en los hombres, un 24% es decir, 6 de los varones encuestados presentaron ansiedad mínima, para la ansiedad leve el hallazgo fue de 64% que representa a 16 individuos, en el caso de ansiedad moderada el resultado fue del 12% equivalente a 3 participantes, para la categoría de ansiedad severa no se encontraron casos. Las mujeres adultas mayores denotaron que un 20% de ellas, es decir 13 de las entrevistadas resultaron con ansiedad mínima, un 56.9% correspondiente a 37 de las encuestadas se identificaron con ansiedad leve, para la ansiedad moderada el hallazgo fue 16.9% que simboliza a 11 participantes mujeres, por último, en la ansiedad severa se encontraron 4 casos que conllevan a un 6.2%.

En esta tabla se muestra que hay más casos de ansiedad mínima en mujeres que hombres, sin embargo, los porcentajes de prevalencia se muestran más altos en los hombres que en las mujeres; esto se debe a que el número de participantes mujeres es considerablemente mayor, llegando a ser más del doble con respecto al de los hombres.

En la ansiedad leve se observa la alta cantidad de casos tanto para hombres como mujeres, ambos superan el 50% en prevalencias en cada género, manteniéndose la tendencia de ser superior el número de casos en mujeres con respecto al de los hombres.

Tabla 3.

Prevalencia de trastornos de ansiedad del adulto mayor del consultorio de geriatría del Hospital Regional de Huacho 2023

Prevalencia de trastornos de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Presenta trastorno de ansiedad	5	5.5
No presenta trastorno de ansiedad	85	94.5
Total	90	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de los criterios diagnósticos DSM V a adultos mayores que concurrieron al consultorio externo de geriatría del Hospital Regional Huacho, 2023

En la tabla 3 se muestra la prevalencia de trastornos de ansiedad en todos los sujetos estudiados, encontrándose un 5.5% de la muestra que se encuentran conformados con 5 casos de adultos mayores con presencia de algún trastorno de ansiedad, mientras que el resto de participantes 94.5% equivalente a 85 personas, no presentaron esta alteración.

Tabla 4.

Tipos de trastornos de ansiedad en el adulto mayor del consultorio de geriatría del Hospital Regional de Huacho 2023

Tipos de Trastorno de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno de ansiedad por separación	1	1.1
Mutismo selectivo	0	0.0
Fobia específica	0	0.0
Trastorno de ansiedad social	0	0.0
Trastorno de pánico	0	0.0
Agorafobia	0	0.0
Trastorno de ansiedad generalizada	0	0.0
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	0	0.0
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica	4	4.4
Otros trastornos de ansiedad	0	0.0
Sin trastornos de ansiedad	85	94.4
Total	90	100.0

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de los criterios diagnósticos DSM V a adultos mayores que concurrieron al consultorio externo de geriatría del Hospital Regional Huacho, 2023

En esta tabla se presentan los tipos de trastornos de ansiedad que se identificaron en la muestra estudiada, se observa que el 4.4% equivalentes a 4 casos corresponden a trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, y el 1.1%, traducido en 1 caso hace lo propio con el trastorno de ansiedad por separación. Si los comparamos entre sí, vemos que, por cada caso de trastorno de separación, existen 4 de trastorno de ansiedad por enfermedad.

Tabla 5.

Sexo del adulto mayor del consultorio de geriatría del Hospital Regional de Huacho 2023

Sexo del Adulto Mayor	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	25	27.8
Mujeres	65	72.2
Total	90	100

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada a los adultos mayores que concurrieron al consultorio externo de geriatría del Hospital Regional Huacho, 2023

En la tabla 5 se presenta la distribución según sexo de los adultos mayores entrevistados, encontrando que el sexo femenino representa a 72.2% de la muestra, equivalente a 65 participantes, mientras que la población masculina fue el 27.8% correspondiente a 25 adultos mayores.

En esta tabla se demuestra que la población femenina estudiada fue ampliamente superior comparada con la masculina, habiendo por cada 5 hombres 13 mujeres, es decir, más del doble.

Capítulo V: Discusión

5.1 Discusión de Resultados

En esta investigación se encontró que la ansiedad leve fue la más frecuente entre todos los sujetos investigados, encontrándose en el 58.9% de la muestra, estos resultados son semejantes con los obtenidos por Pomares, Santiesteban, Regal & Vásquez (2021), quienes en su investigación con un grupo de 50 adultos mayores, hallaron una prevalencia de 70% de ansiedad leve, así también, es similar con lo mencionado por Serrano (2020) quien realizó una investigación donde se buscaba hallar la prevalencia de ansiedad en una muestra de 60 adultos mayores, identificándose la ansiedad leve con 38.3% del total de personas de su estudio; si bien se evidencia que el porcentaje es considerablemente menor que los otros estudios referidos, se mantiene la tendencia sobre la ansiedad leve, la que se presenta como la más prevalente entre las demás, hallándose una relación de similitud que refuerza la fiabilidad de estos resultados.

Los hallazgos anteriormente mencionados sobre el tipo de ansiedad más prevalente en los 90 adultos mayores de nuestra muestra, difiere de los resultados establecidos por Poaquiza & Jiménez (2022), quienes en su estudio aplicado en 178 adultos mayores, mencionan que la ansiedad más prevalente es la moderada y no la ansiedad leve como en nuestra investigación, cabe resaltar que en este estudio no se menciona los porcentajes de prevalencia a los que se llega en sus conclusiones; estos autores utilizaron el mismo instrumento para la recolección de datos, que fue el Inventario de Ansiedad de Beck, sin embargo, la diferencia radica en las categorías que se encasillaron los resultados ya que se dividió en ansiedad muy baja , ansiedad moderada y ansiedad severa.

En la prevalencia de trastornos de ansiedad, según diversos autores, tal como lo afirma Pérez (2018) en su investigación menciona que este valor general puede oscilar entre un 5 a 10% relativo a la muestra estudiada. En nuestro estudio, el valor al que se llegó fue de 5.5%, si bien este resultado se encuentra dentro de los parámetros que indica este autor, presenta una menor frecuencia si lo comparamos con el estudio de Montorio, Nuevo, Losada & Márquez (2020) quienes buscaron cuantificar estos trastornos en una población de 109 adultos mayores, llegando a identificar que el 11.3% de su población presentaba al menos un trastorno de ansiedad.

Se identificó que quienes presentaron los trastornos de ansiedad fueron las mujeres, no hallándose casos en hombres, esto contrasta con los hallazgos de Valarezo & Elizalde (2023) quienes determinaron en su estudio que son mayormente los hombres quienes han presentado la categoría de, otros trastornos de ansiedad.

El trastorno de ansiedad por separación fue identificado en otros estudios donde se llegó a determinar su prevalencia, como es el caso de Quinatoa- Santamaría (2021), quienes estudiaron a 310 adultos mayores, en los cuales se determinó una prevalencia de 2.3% para esta patología; por nuestro lado, la prevalencia identificada fue de 1.1% para una muestra de 90 adultos mayores, estos hallazgos guardan cierta similitud, sin embargo en nuestro estudio, nuestros resultados fueron levemente menores en frecuencia.

Cuando se analizó la población, se evidenció que la presencia femenina 72.2% es mayor comparada con los hombres 27.8%, estos hallazgos son semejantes a los encontrados por Cortez (2022), quien en su estudio analizaba el uso de servicios de salud en una población de adultos mayores, y halló un 76% de mujeres frente a un 14.0% de los hombres, en esa misma perspectiva, el estudio realizado por Ramos (2020) en una población peruana, encontró una asistencia de mujeres de 58% en comparación al de

hombres 41%. Estos datos al ser semejantes entre sí, se refuerzan y denotan que, en las personas de la tercera edad, son las mujeres quienes acuden a las atenciones médicas en mayor proporción que los varones.

Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

- a). La prevalencia de TA en el adulto mayor del consultorio de geriatría es baja.
- b). Se encontró un caso de TA en el estudio, correspondiente a la ansiedad por separación y cuatro en relación al TA debido a otra afección médica.
- c). Según el sexo, las mujeres son las que mayormente presentaron ansiedad leve y moderada, y los varones mayores casos de ansiedad mínima.
- d). Dentro de los grados de ansiedad hallados, el que presentó mayor prevalencia fue la de ansiedad leve, seguido por la ansiedad moderada y mínima, en el último lugar, ansiedad severa.

6.2 Recomendaciones

1. Recomiendo al gobierno regional implementar un establecimiento de salud especializado en la detección, tratamiento y prevención de problemas de salud mental en la población. Además, desarrollar un programa de atención al paciente de salud mental, para lo cual se debería destinar recursos humanos y económicos enfocados al abordaje de la salud mental de adultos mayores.
2. Se recomienda a la dirección del Hospital Regional de Huacho incrementar el número de médicos especialistas en psiquiatría para incrementar la atención especializada de la población. Por otro lado, impulsar campañas de salud mental donde se aborden temas prevalentes como la ansiedad y sus trastornos.
3. Además, realizar capacitaciones periódicas para el personal de salud en el

área de salud mental y mantener abastecidos los insumos farmacéuticos y logísticos según necesidad.

4. Por otro lado, en investigaciones futuras se disponga de un ambiente donde se realicen entrevistas directas, con el objetivo de disminuir sonidos externos, además de enfocar la atención de los entrevistados y generar respuestas más fidedignas en beneficio de los estudios.
5. Se recomienda al consultorio externo de geriatría incluir estrategias de captación casos de ansiedad, con la finalidad de realizar las interconsultas oportunas a servicios especializados como psicología o psiquiatría.
6. Se recomienda al personal médico de los demás consultorios externos, realizar esfuerzos en la detección temprano de la ansiedad en los adultos mayores y así evitar que este cuadro pueda ir acentuándose a través del tiempo.
7. Se recomienda a la universidad implementar la facultad de psicología para complementar el estudio en las áreas de la salud mental. Además, se sugieren mejoras en la malla curricular estudiantil actual, dándole mayor énfasis a las ciencias que abarquen el estudio de la salud mental.
8. Fomentar la investigación enfocada a la salud mental de la población en general, ya que actualmente surgen múltiples necesidades entre las que destacan las psicoemocionales.
9. Se recomienda a la facultad de Medicina tomar en cuenta los hallazgos de esta investigación para impulsar y contrastar estudios futuros donde se abarquen las prevalencias de los trastornos de ansiedad, también que se incremente la muestra estudiada y así se pueda reforzar la fiabilidad de los resultados encontrados.
10. Se recomienda a la población mantener estilos de vida saludables donde se

priorice la salud mental, en especial tratándose de adultos mayores quienes muchas veces no expresan directamente sus necesidades psicoemocionales; de esta forma, acudir a los establecimientos de salud cuando presenten síntomas compatibles con las descritas en este estudio.

Referencias

7.1 Fuentes Documentales

Chacón, E., Xatruch, D. (2021). *Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor.*

Valoración crítica y manejo terapéutico (Tesis de post grado). Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”. Cuba.

Coveñas, M., y Sánchez, N. (2020). *Ansiedad, depresión y su asociación con dependencia funcional en adultos mayores frágiles del Servicio de Geriatría del Centro Médico Naval* (Tesis de pregrado). Universidad Científica del Sur. Perú.

Cortéz, C. (2018) *Trastornos de ansiedad en la población adulta que consulta la unidad de salud las flores, en el departamento de Chalatenango, enero a diciembre 2010* (Tesis de post grado). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Fernández, A. (2022) *Los Trastornos de Ansiedad y su Relación con el Eje*

Microbioma-Intestino-Cerebro. Una Nueva Metanoia Científica desde la Psicología (Tesis Doctoral). Universidad Católica de Murcia.

Masco, E., Seas, N. (2021). *Ansiedad y bienestar psicológico en adultos mayores del distrito de Azángaro, Yauyos – 2021* (tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Ica. Perú

Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A., Márquez, M. (2020). *Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad, Madrid 2020* (tesis de postgrado). Universidad Autónoma Madrid. España.

Nilsson, J. (2019). *Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y síntomas de ansiedad en adultos mayores* (Tesis de post grado). Universidad de Gotemburgo. Suecia.

- Quinatoa, V., Santamaría, S. (2021). *Sintomatología depresiva y su relación con la sintomatología de ansiedad por separación en adultos mayores Cantón Riobamba 2021 (Tesis de post grado)*. Universidad Pontificia Católica del Ecuador. Ambato. Ecuador.
- Quispe, A. (2019). *Ansiedad, depresión y factores de riesgo del Adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 puesto de salud Pata-Pata – Cajamarca – 2018 (tesis de pregrado)*. Universidad Nacional de Cajamarca. Perú.
- Serrano, L. (2020) *Nivel de ansiedad en el adulto mayor desde la perspectiva holística en el policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre - La Victoria*. (tesis de pregrado). Universidad Señor de Sipán. Pimentel. Perú
- Valarezo, O., Elizalde, J., Jiménez, M. (2023). *Principales trastornos de ansiedad en dos Ciudades de Ecuador*. (Tesis de post grado). Universidad de Loja. Ecuador
- Walker, A. (2022). *Encontrar una voz: exploración de las narrativas biográficas de adultos con mutismo selectivo*. (Tesis de post grado). Traducido del inglés. University of Huddersfield. Huddersfield. Inglaterra.

7.2 Fuentes Bibliográficas

- Alaka, E. (2020). *Aportes de la Neuropsicología a la Comprensión del Mutismo Selectivo*. Cochabamba. Bolivia
- Álvarez, A. (2020) *Clasificación de las Investigaciones*. Lima. Universidad de Lima
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2018). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5a ed.). Washintong DC, Panamericana.
- Bembibre, C. (2015). *Definición de Trastornos*. DefiniciónABC. Madrid. España
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2018). *Metodología de la investigación* (6 ed) Santa Fe, México, McGraw-Hill
- Forcadell, E. (2018). *Trastornos de Ansiedad*. Clinicbarcelona. Barcelona. España
- Fullana, M. (2019). *Trastornos de Ansiedad*. Clinicbarcelona. Barcelona. España
- Instituto Nacional de Salud Mental Hospital Nacional Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2014). *Más de 600 mil personas adultas de lima presentó problemas de trastorno de ansiedad alguna vez en su vida*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Lima. Perú
- Kohn, R. (2013). *La Brecha de Tratamiento en la Región de las Américas*. Rhode Island. Brasil.
- Lázaro, L., Lera, S. (2018). *Trastornos de Ansiedad*. ClinicBarcelona. Barcelona. España
- Pacheco, B. (2018). *Trastorno de ansiedad por separación*. Clinical Overview. Santiago. Chile.

Ruscio, A., Brown, T., Chiu, W. *Miedos sociales y fobia social en los Estados Unidos: resultados de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad.*

Psychol Med 2008; 38:15.

Sampieri, R. H. y Mendoza Torres C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* México, McGraw Hill.

Sánchez, H., y Reyes, C. (2017). *Metodología y diseños en investigación científica.*

(5ed.) Lima, Perú: Visión universitaria.

7.3 Fuentes Hemerográficas

Calvo, D. (2021). Medicina y Filosofía. *Revista Médica La Paz* versión On-line ISSN

1726-8958. v.27 n.1. Recuperado el 10 de octubre de 2023, desde

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582021000100016

Craske MG, Stein MB: Anxiety. *Revista Biblioteca Nacional de Medicina* 388:3048-

3059, 2016. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30381-6. Recuperado el 28 de

Noviembre de 2023, desde <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27349358/>

Chacón Delgado, E., Xatruch De la Cera, D., Fernández Lara, M.& Murillo Arias, R.

(2021) Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*

Costarricense. Cap. 35 (1): 23-36. Recuperado el 6 de abril de 2023, de

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental (2020) Estudio epidemiológico de salud mental en

Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017. *Anales de Salud Mental*. Vol. XXXVI,

Año 2020. Número 1 y 2. Recuperado el 05 de noviembre de 2023, desde

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3676569/Estudio%20Epidemiologico%20de%20Salud%20Mental%20en%20Ayacucho%20Cajamarca%20y%20Huaraz%202017.pdf.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2015). Guía de Práctica Clínica para el

Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.

Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Agencia Laín Entralgo.

Recuperado el 10 de Junio de 2023, desde [https://portal.guiasalud.es/wp-](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/09/gpc_430_ansiedad_lain_entr_rapid.pdf)

[content/uploads/2022/09/gpc_430_ansiedad_lain_entr_rapid.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/09/gpc_430_ansiedad_lain_entr_rapid.pdf)

Poaquiza, L., Jiménez, E. (2022). Trastornos de ansiedad en adultos mayores durante la pandemia COVID-19. *Revista Salud Cienc. Tecnol*; 2(S1):169.

<https://doi.org/10.56294/saludcyt2022169>.

Pomares, A., Santiesteban, R., Regal, V., Vásquez, M. (2021). Relación entre el funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*; 2021;37(2): e1205. Recuperado el 15 de diciembre de 2023 desde,

<https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1205/432>

Salaverry, O. (2018). Historia de la Salud Pública: La piedra de la locura, Inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina* ;29(1):143-48.

Recuperado el 10 de noviembre de 2023 desde,

<https://www.scielo.org/pdf/rpmesp/2012.v29n1/143-148/es>

Valarezo-Bravo, O.F., Elizalde-Socola, J.G. y Jiménez, M. (2023). Principales trastornos de ansiedad en dos ciudades de Ecuador. *Revista Health and Addictions/ Salud y Drogas*, 23(2), 66-78. doi:10.21134/haaj.v23i2.801

Vera, O. (2016) El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *Revista Médica La Paz*; vol.22 no.1, Recuperado el 20 de setiembre de 2023 desde, http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010

7.4 Fuentes Electrónicas

Atenzia (2018) *Trastornos del lenguaje en personas mayores*. España. Recuperado el 10

de abril de 2023 desde: <https://teleasistencia.es/es/blog/salud-en-la-tercera-edad/trastornos-lenguajepersonas.mayores#:~:text=Mutismo%20selectivo%20en%20adultos,existan%20problemas%20del%20lenguaje%20previos.>

Ávila, J. (2015). *INCMNSZ*. México. Recuperado el 05 de marzo de 2023 desde:

https://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteInvestigacion/consentimiento_inf.html

Barnhill, J. (2023). *Trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el estrés*.

EEUU. Recuperado el 10 de diciembre de 2023 desde:

<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiQUI%20Altricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%20A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2018). *Salud mental en las Américas*, “no

hay salud sin salud mental”. Chile. Recuperado el 30 de marzo de 2023 desde:

<https://www.bcn.cl/observatorio/americas/noticias/salud-mental-en-las-americas-201cno-hay-salud-sin-salud-mental201d>

Blanco, E. (2020) *Trastorno de ansiedad por separación*. Persum. Asturias, España

Recuperado el 01 de abril de 2023 desde

<https://psicologosoviedo.com/especialidades/ansiedad/ansiedad-por-separacion/>

Browne, D. (2023). *Ansiedad: Todo lo que debes saber*. EEUU. Medical News Today.

Recuperado el 15 de marzo de 2023 desde:

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/ansiedad>

- Clifford K, Duncan NA, Heinrich K, Shaw J. *Actualización sobre el manejo del trastorno de ansiedad generalizada en adultos mayores*. EEUU. J Gerontol Nurs. 2015;41(4):10-20. Recuperado el 10 de abril de 2023 desde <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25848826/>
- Clínica Universidad de Navarra. 2023 *Diccionario médico*. España. Recuperado el 05 de abril de 2023 desde <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/trastorno>
- Defensoría del Pueblo 2023 *Adulto Mayor*. Perú. DP. Recuperado el 06 de marzo de 2023 desde; https://www.defensoria.gob.pe/grupos_de_proteccion/adultos-mayores/
- Essau CA, Lewinsohn PM, Lim JX, Ho MR, Rohde P. (2018). *Incidencia, recurrencia y comorbilidad de los trastornos de ansiedad en cuatro etapas principales del desarrollo*. Reino Unido. 228:248-253 Recuperado el 08 de marzo de 2023 desde: <https://sci-hub.se/10.1016/j.jad.2017.12.014>
- Fundación Atilano Sánchez Sánchez (2021). *¿Cuáles son los miedos y fobias más comunes en personas mayores?* Fundación Atilano Sanchez Sanchez. FASS. Madrid España. Recuperado el 02 de marzo de 2023 desde: <https://www.fundacionfass.org/general/cuales-son-los-miedos-y-fobias-mas-comunes-en-personas-mayores/#:~:text=Fobias%20espec%C3%ADficas,-Estas%20fobias%20espec%C3%ADficas&text=Puede%20llevar%20a%20las%20personas,actividades%20determinadas%20en%20el%20tiempo.>
- Huertas, W. (2023) *Guía filosófica, ¿Qué es? Positivismo: una visión general del positivismo como corriente filosófica y su origen en el siglo XIX*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023, desde: <https://walthus.com/positivismo/>

- Instituto Nacional Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2020) *Estadísticas de Ansiedad en el Perú*. INHDHN. Recuperado el 5 de noviembre de 2023 desde <https://equilibrioyarmonia.pe/estadisticas-de-ansiedad-en-el-peru/>
- León, H. (2018) *Estigma y enfermedad mental. Un punto de vista histórico-social* Revista de Psiquiatría y salud mental Herminio Valdizán; Vol 6, nº1; Junio 2018; pp33-42. Recuperado el 20 de octubre de 2023 desde: <http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2005/4%20ESTIGMA%20Y%20ENFERMEDAD%20MENTAL.pdf>
- MayoClinic. (2020). *Mayo Clinic Health Home Book*. España. Recuperado el 15 de marzo de 2023 desde <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/specific-phobias/symptoms-causes/syc-20355156>
- Millán, R. (2018) *El Tratamiento de los Trastornos Mentales a lo largo de la Historia*. Recuperado el 5 de noviembre de 2023 desde <https://www.activament.org/es/2012/el-tratamiento-de-los-trastornos-mentales-a-lo-largo-de-la-historia/>
- Ministerio de Salud (2023). *Salud mental: ¿cómo detectar y superar la ansiedad?*. Perú. Recuperado el 20 de noviembre de 2023 desde: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/696706-salud-mental-como-detectar-y-superar-la-ansiedad>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2022). *Trastorno de ansiedad social: Más allá de la simple timidez*. EEUU. Recuperado el 20 de febrero de 2023 desde: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez>

Organización Mundial de la Salud (2023). *Salud mental de los adultos mayores*.

Alemania. Recuperado el 20 de diciembre de 2023 desde:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Pérez, M. (2020). *ConceptoDefinición*. Barcelona. España. Recuperado el 10 de febrero de 2023 desde: www.conceptodefinicion.de/adulto-mayor/

Real Academia Española (2021). *Adulto mayor*. En diccionario de la lengua española (edición del tricentenario). Recuperado el 16 de Setiembre de 2022, desde:

https://dle.rae.es/adulto_mayor.

Revista Compás Empresarial, 7(19), 27–31. La Paz. Bolivia. Recuperado el 20 de febrero de 2023 desde: <https://doi.org/10.52428/20758960.v7i19.854>

Reyes, R. (2018). *Adulto mayor: significado*. México. Recuperado el 2 de noviembre de 2023 desde: <http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/>

Ruiz, R. (2023). *Situación de la población adulta mayor*. INEI. Perú. Recuperado el 25 de febrero de 2023 desde:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4785206/Situaci%C3%B3n%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Adulta%20Mayor%3A%20Enero%20-%20Febrero%20-%20Marzo%202023.pdf>

Sociedad Española de Medicina Interna (2023) *Ansiedad*. SEMI. España. Recuperado el 9 de marzo de 2023 desde: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/ansiedad>

Anexos

Anexo 01: Matriz de Consistencia

“Trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional Huacho 2023”

Problemas	Objetivos	Variables	Indicadores	Metodología
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría del Hospital Regional Huacho 2023?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la prevalencia de trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría del Hospital Regional de Huacho 2023.</p>	Ansiedad	<p>Según BAI:</p> <p>Ansiedad Mínima</p> <p>Ansiedad Leve</p> <p>Ansiedad Moderada</p> <p>Ansiedad Severa</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Básica</p> <p>Prospectiva</p> <p>Transversal</p> <p>Observacional</p> <p>Nivel de investigación</p> <p>Descriptivo</p>
<p>Problemas Específicos</p> <p>1. ¿Cuál es el tipo de trastorno de ansiedad más prevalente en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>1. Identificar el tipo de trastorno de ansiedad más prevalente en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023.</p>	Trastornos de ansiedad	<p>Según DSM V</p> <p>Cumple criterios diagnósticos.</p> <p>No cumple criterios diagnósticos.</p>	<p>Diseño</p> <p>No experimental</p> <p>Enfoque</p> <p>Cuantitativo</p>

2. ¿Cuáles son los grados de ansiedad del paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023?	1. Establecer la prevalencia de los grados de ansiedad del paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023.	Sexo	Masculino Femenino	<p>Población Todos los pacientes adultos mayores que han sido atendidos por lo menos una vez en el consultorio de geriatría del Hospital Regional de Huacho 2023.</p> <p>Muestra 90 adultos mayores que han sido atendidos por lo menos una vez en el consultorio de geriatría del Hospital Regional de Huacho 2023.</p> <p>Procesamiento de datos Excel 2017 SPSS v. 26</p> <p>Instrumentos Inventario de Ansiedad de Beck</p> <p>Criterios diagnósticos de DSM V.</p>
3. ¿Cuál es el grado de ansiedad prevalente según sexo del paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023?	3. Describir el grado de ansiedad prevalente según sexo del paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023.			
4. ¿Cuál es el sexo del paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023?	4. Detallar el sexo del paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional de Huacho 2023.			

Anexo 02: Solicitud de Permiso Institucional

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



SOLICITO: Autorización para realizar entrevistas a
pacientes del consultorio de geriatría.

SEÑOR:

Dr. Edwin E. Suárez Alvarado

Director ejecutivo

Hospital Regional Huacho

Presente.-

Yo, Calderón Sandoval Ronny Aquiles, identificado con DNI N° 44316083, con domicilio en Av. José Arambulo La Rosa 311 ante Ud. Respetuosamente me presento y expongo lo siguiente:

Que, en mi condición de alumno de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, solicito a Ud. Permiso para la recolección de datos mediante entrevistas a los pacientes del consultorio de geriatría para la realización de mi tesis titulada: "TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR DEL CONSULTORIO DE GERIATRÍA HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2023" para optar por el título profesional de médico cirujano.

Adjunto:

1. Plan de proyecto de investigación completo (disco).
2. Resolución de Decanato N° 0540-2023 Aprobación de Plan de Tesis.
3. Resolución de Decanato N° 0468-2023 Designación de asesor de tesis y jurado evaluador.
4. Matriz de consistencia.
5. Instrumento de recolección de datos.
6. Copia de DNI.

POR LO EXPUESTO:

Pido a Ud. Sr. director acceder a mi solicitud

Huacho, 29 de diciembre del 2023

Calderón Sandoval Ronny Aquiles
DNI N° 44316083
CELULAR: 981276759
CORREO: rondervalmb621@gmail.com



Anexo 03: Constancia de Aceptación de Permiso Institucional



AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO

DPTO. CONSULTORIOS EXTERNOS
REG. DOC. N° 05032484
REG. EXP. N° 03060924

MEMORANDO N° 0015-2024-GRI-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS- DPONSEXTYH

PARA : DR. LEONARDO VALLADARES ESPINOZA.
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

ASUNTO : OPINION SOBRE RECOLECCION DE DATOS PARA TESIS

REFERENCIA : DOCUMENTO N° 5007185 EXPEDIENTE N° 3060924

FECHA : HUACHO, 10 DE ENERO DEL 2023

Previo cordial saludo me dirijo a usted y en relación a la solicitud de permiso del alumno de Medicina Ronny Aquiles CALDERON SANDOVAL, para realizar la recolección de datos mediante entrevista, de pacientes en la sala de espera del consultorio de Geriatria, con el objetivo de realizar su Tesis titulada: "TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR DEL CONSULTORIO DE GERIATRIA HOSPITAL REGIONAL HUACHO, 2023", para optar el titulo profesional de médico cirujano, se ACEPTA el uso del instrumento que será aplicado en los exteriores del consultorio de Geriatria. Se devuelve expediente completo y en original.

Agradeciendo la atención prestada, me despido.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL HUACHO - RED SALUD HUACHO

M.L. LEONARDO VALLADARES ESPINOZA
JEFE UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL HUACHO - RED SALUD HUACHO
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
10 ENE. 2024
9:20 AM

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LIMA
HOSPITAL HUACHO RED SALUD HUACHO
M.N. VICTOR MANUEL ROJAS POLO
C.M.F. 05163
Jefe Depto Consultorio Externos e Hospitalización
Hospital Huacho

Anexo 04: Constancia de Realización de Entrevistas en el Consultorio de Geriatría.



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CONSTANCIA

ENTREVISTAS EN CONSULTORIO DE GERIATRÍA

El que suscribe, jefe de la Unidad de Estadística e informática del HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO – HUAURA OYÓN y SBS, hacer constar:

Mediante el presente hago constatar que los datos registrados en el proyecto de investigación titulado : **"Trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional Huacho 2023"**, elaborado por el Bachiller de Medicina Humana **CALDERÓN SANDOVAL RONNY AQUILES**, con DNI N° **44316083**, aspirante al título profesional de Médico Cirujano fueron obtenidos de las entrevistas realizadas a adultos mayores del consultorio de geriatría del Hospital Regional de Huacho, los cuales son válidos y confiables para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Se expide la presente a solicitud del interesado para los fines que se estime pertinentes, haciendo mención que este documento carece de valor oficial para cualquier acto en contra del Estado.

Huacho, 25 de enero del 2024

Atte.

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL HUACHO Y HUACHA OYÓN S.R.L.
Ing. EDGAR RIVERA DOMAYRE UCHUYA
C.I. P. N° 345193
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Anexo 05: Evidencia de Procesamiento de Datos SPSS

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda																									
: VAR00011 0 Visible: 24 de 24																									
	E	S	CC	VAR	VA	VAR	VAR	VAR0	VA	VA	VAR	VAR	VAR	VAR	VA	VA									
	A	X	MC	0000	RC	0001	0001	0014	RC	RC	0001	0001	0001	0002	RC	RC									
			RBI	2	000	4	000	6	000	9	000	0	001	2	3		001	001	7	8	9	0	002	002	
1	79	1	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	1	0	2	
2	72	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	
3	81	1	2	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	
4	68	1	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
5	84	1	1	2	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	
6	69	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	
7	62	1	2	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	
8	80	1	1	0	1	0	1	1	2	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	2	1	1	0	1	
9	68	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
10	72	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
11	79	1	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	2	0	0	0	
12	70	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
13	83	1	1	2	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	
14	65	1	2	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
15	71	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	
16	76	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
17	80	1	1	2	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	
18	68	1	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
19	70	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	
20	72	1	2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	2	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	
21	68	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	2	
22	66	1	2	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	

Vista de datos Vista de variables

~Sin título1 [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	An...	...	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	EDAD	Númerico	8	0	Edad	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
2	SEXO	Númerico	8	0	Sexo	{1, Masculin...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
3	COMORBILI...	Númerico	8	0	Comorbilidad	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
4	VAR00004	Númerico	8	0	Sensación de entumecimiento	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
5	VAR00005	Númerico	8	0	Acalorado (a).	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
6	VAR00006	Númerico	8	0	Con temblor en las piernas.	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
7	VAR00007	Númerico	8	0	Incapaz de relajarse	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
8	VAR00008	Númerico	8	0	Con temor a que ocurra lo peor	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
9	VAR00009	Númerico	8	0	Mareado (a), o que se le va la cabeza.	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
10	VAR00010	Númerico	8	0	Latidos del corazón fuertes y acelerados	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
11	VAR00011	Númerico	8	0	Inestable.	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
12	VAR00012	Númerico	8	0	Atemorizado (a) o asustado (a).	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
13	VAR00013	Númerico	8	0	Nervioso (a).	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
14	VAR00014	Númerico	8	0	Con sensación de bloqueo.	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
15	VAR00015	Númerico	8	0	Con temblores en las manos.	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
16	VAR00016	Númerico	8	0	Inquieto, inseguro.	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
17	VAR00017	Númerico	8	0	Con miedo a perder el control.	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
18	VAR00018	Númerico	8	0	Con sensación de ahogo.	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
19	VAR00019	Númerico	8	0	Con temor a morir.	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
20	VAR00020	Númerico	8	0	Con miedo.	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
21	VAR00021	Númerico	8	0	Con problemas digestivos	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
22	VAR00022	Númerico	8	0	Con desvanecimientos	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
23	VAR00023	Númerico	8	0	Con rubor facial.	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada
24	VAR00024	Númerico	8	0	Con sudores, fríos o calientes.	{1, Nunca...	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

Anexo 06: Evidencia de Procesamiento de Datos Excel

Tabulación recolección de datos - Excel rondervalmh621@gmail.com

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda ¿Qué desea hacer?

Calibri 11 Fuente Ajustar texto General

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda

Insertar Eliminar Formato

Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar

O100

	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	A		
7	Sé	C	irbilidad			F	F	F	F	F	F	R7	R8	R9	R10	R11	F	F	F	F	F	F	F	F	F	Sumat	Clasificac	Trans. Ans.	Obs.								
8	2	1	Artritis			0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	5	Mínima									
9	2	1	HTA	Artritis	Lumbalgia	2	3	2	1	1	3	2	2	2	2	2	1	0	0	1	2	1	1	0	0	1	1	28	Moderada								
10	2	1	Diabetes	HTA	Cardiopatía	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	0	0	0	0	0	1	2	0	1	24	Moderada									
11	2	1	Diabetes	HTA		1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	11	Leve									
13	2	1	Artritis	Anemia		1	2	0	2	1	1	0	2	1	2	1	0	2	1	0	3	1	2	0	2	1	25	Moderada	TA Separación								
14	2	1	HTA			1	2	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	2	0	1	0	0	2	15	Leve									
15	2	1	Hipertiroidismo			2	1	1	1	2	3	2	2	3	2	2	1	1	2	1	1	1	2	0	1	0	30	Moderada		Ans. Trat							
20	2	1	HTA			0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	Mínima									
21	2	1	Hipotiroidismo			0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	10	Leve		Int. Sui. Ter							
22	2	1	HTA	Osteoporosis		1	1	0	0	0	2	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	11	Leve									
23	2	1	HTA	Hipercolesterolemia		1	0	0	0	1	2	0	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	11	Leve									
24	2	1	HTA			1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	Leve									
25	2	1	Litiasis Renal			1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	7	Leve									
27	2	1	Artritis	Osteoporosis		1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	1	11	Leve									
32	2	1	Varices	Obesidad		1	1	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	2	1	1	0	1	1	0	0	0	13	Leve									
33	2	1	HTA	Fractura Muñeca		1	2	2	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	15	Leve									
35	2	1	Diabetes			1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4	Mínima									
36	2	1	Artritis	Hipotiroidismo		1	2	2	0	1	1	1	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	16	Moderada									
37	2	1	Osteoporosis	Gastritis		1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	8	Leve									
38	2	2				0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	6	Leve									
39	2	1	HTA			1	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	11	Leve									
40	2	1	Dislipidemi	Insomnio	Neumopatía	2	1	1	1	0	2	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	15	Leve									
41	2	1	HTA	Osteoporosis	Anemia	2	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	1	0	1	17	Moderada									
42	2	1	Diabetes	HTA		1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	Leve									
44	2	1	Cardiopatí	HTA		1	1	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	11	Leve									
45	2	1	Artritis	Anemia	Dermatitis	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	2	13	Leve									
47	2	1	Hipotiroidis	Insomnio		2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	1	1	1	1	2	0	1	1	24	Moderada									
49	2	1	Diabetes			1	1	0	0	0	1	1	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	12	Leve									
50	2	1	Gastritis			2	1	1	0	0	2	2	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2	0	1	1	16	Moderada									
52	2	1	Osteoporosis			1	1	0	0	0	2	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	10	Leve									
53	2	1	Artritis			1	0	0	0	1	2	0	2	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	12	Leve									
54	2	2				1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	14	Leve									
55	2	1	Neumopatía			1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	1	0	0	2	0	11	Leve									
57	2	2				1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	8	Leve									
58	2	1	Cardiopatí	Neumopatía		2	1	1	2	1	2	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	2	0	1	1	20	Moderada									
59	2	1	Dislipidemia			1	1	1	0	0	2	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	13	Leve									
60	2	1	Gastritis			1	1	1	0	1	2	0	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	14	Leve									

Ansiedad Trastorno de Ansiedad Gráficos

Listo Se encontraron 65 de 90 registros Accesibilidad: es necesario investigar 66%

Tabulación recolección de datos - Excel

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda ¿Qué desea hacer?

Calibri 11 Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición

J6 TA Separación

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC
2																													
3	Particip	Edad	Sexo	Comorbilidad				Sumatoria	Clasificación	Trans. Ans.	Obs.	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11	R 12	R 13	R 14	R 15	R 16	R 17	R 18
4	AM2	74	2	1 HTA	Artritis	Lumbalgia		28	Moderada	T. A. por afección médica		2	3	2	1	1	3	2	2	2	2	1	0	0	1	2	1	1	0
5	AM3	72	2	1 Diabetes	HTA	Cardiopatía		24	Moderada	T. A. por afección médica		2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	0	0	0	0	1	2
6	AM6	75	2	1 Artritis	Anemia			25	Moderada	TA Separación		1	2	0	2	1	1	0	2	1	2	1	0	2	1	0	3	1	2
7	AM8	67	2	1 Hipertiroidismo				30	Moderada	T. A. por afección médica	Ans. Trat	2	1	1	1	2	3	2	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2
8	AM22	80	1	1 Diabetes	HTA	Hipoacusia		18	Moderada	T. A. por afección médica	Ans. Trat	0	1	0	1	1	2	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	2	1
9	AM27	79	1	1 Diabetes	Lumbalgia			16	Moderada	T. A. por afección médica		2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	2
10	AM29	74	2	1 Artritis	Hipotiroidismo			16	Moderada	T. A. por afección médica		1	2	2	0	1	1	1	0	0	1	0	2	1	0	0	1	1	1
11	AM34	75	2	1 HTA	Osteoporosis	Anemia		17	Moderada	T. A. por afección médica		2	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1
12	AM40	71	2	1 Hipotiroidismo	Insomnio			24	Moderada	T. A. por afección médica		2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	1	1	1	1	2
13	AM43	74	2	1 Gastritis				16	Moderada	T. A. por afección médica		2	1	1	0	0	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2
14	AM51	73	2	1 Cardiopatía	Neuropatía			20	Moderada	T. A. por afección médica		2	1	1	2	1	2	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	2
15	AM54	77	2	1 HTA				29	Moderada	T. A. por afección médica		3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
16	AM60	78	2	1 Diabetes	Depresión			27	Moderada	T. A. por afección médica		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	0	0	1	2	1	0
17	AM68	76	2	1 Artritis				21	Moderada	T. A. por afección médica		2	1	0	1	1	2	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	2	1
18	AM75	77	2	1 HTA	Artritis			21	Moderada	T. A. por afección médica		2	1	0	1	1	2	2	1	1	2	1	0	1	1	0	0	2	1
19	AM78	86	2	1 Artrosis	Neuropatía			24	Moderada	T. A. por afección médica		2	1	1	1	1	3	2	2	2	1	0	1	1	0	1	2	1	2
20	AM83	82	2	1 Artritis	Diabetes			23	Moderada	T. A. por afección médica		2	1	1	0	0	1	1	0	1	2	0	2	2	1	1	2	1	1
21	AM88	81	1	1 Lumbalgia				27	Moderada	T. A. por afección médica		2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	0	2	2	1	1	2	2	2
22																													

Ansiedad Trastorno de Ansiedad Gráficos

Listo Accesibilidad: es necesario investigar 115%

Anexo 07: Instrumento para Recolección de Datos BAI

Trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital

Regional Huacho 2023

I. Presentación:

Buenos días Señor(a), me llamo Ronny Aquiles Calderón Sandoval, soy estudiante de medicina humana de la UNJFSC la presente encuesta forma parte de un estudio que tiene como finalidad de obtener información sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría del Hospital Regional Huacho 2023.

Los datos y posteriores resultados serán obtenidos exclusivamente con fines de estudio y con carácter estrictamente confidencial. Agradezco enormemente su gentil participación.

Acepta

No acepta

II. Instrucciones

Sírvase en responder las siguientes preguntas según corresponda.

III. Datos Generales

Apellidos y nombres:

Edad:años

Sexo: Masculino () Femenino ()

Teléfono:

Familiar responsable y parentesco:

Fecha de atención:

Antecedentes Patológicos:

IV. Identificación del trastorno de ansiedad (inventario de ansiedad de Beck)

Inventario de ansiedad de Beck					
Nº	Ítem	Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	Siempre
1	Sensación de entumecimiento.				
2	Acalorado (a).				
3	Con temblor en las piernas.				
4	Incapaz de relajarse				

5	Con temor a que ocurra lo peor.				
6	Mareado (a), o que se le va la cabeza.				
7	Latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8	Inestable.				
9	Atemorizado (a) o asustado (a).				
10	Nervioso (a).				
11	Con sensación de bloqueo.				
12	Con temblores en las manos.				
13	Inquieto, inseguro.				
14	Con miedo a perder el control.				
15	Con sensación de ahogo.				
16	Con temor a morir.				
17	Con miedo.				
18	Con problemas digestivos.				
19	Con desvanecimientos.				
20	Con rubor facial.				
21	Con sudores, fríos o calientes.				
SUMATORIA TOTAL					

Clasificación

RESULTADOS OBTENIDOS	Puntaje			
Ansiedad mínima	0 - 5			
Ansiedad leve	6 - 15			
Ansiedad moderada	16 - 30			
Ansiedad severa	31 - 63			

Tipo de trastornos de ansiedad relacionado (DSM-V):

Anexo 08: Instrumento para Recolección de Datos Criterios Diagnósticos DSM V

A. Trastorno de ansiedad por separación	a) Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:	1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
		2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
		3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
		4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
		5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
		6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
		7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
		8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.
B. Mutismo selectivo	b) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.	
	c) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
	d) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.	
	a) Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar a pesar de hacerlo en otras situaciones.	
B. Mutismo selectivo	b) La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social.	
	c) La duración de la alteración es como mínimo de un mes.	
	d) El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.	

	e) La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación.	
C. Fobia específica	a) Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).	
	b) El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.	
	c) El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.	
	d) El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.	
	e) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.	
	f) La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.	
	g) El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
		a) Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).
D. Trastorno de ansiedad social	b) El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).	
	c) Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.	
	d) Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.	
	e) El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.	
	f) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.	
	g) El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
	h) El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.	
	i) El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental.	
	j) Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.	
		a) Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:
E. Trastorno de pánico	a) Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:	1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
		2. Sudoración.
		3. Temblor o sacudidas.
		4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
		5. Sensación de ahogo.

		6. Dolor o molestias en el tórax.
		7. Náuseas o malestar abdominal.
		8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
		9. Escalofríos o sensación de calor.
		10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
		11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
		12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
		13. Miedo a morir.
	b) Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:	1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, “volverse loco”).
		2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
	c) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).	
	d) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.	
F. Agorafobia	a) Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguiente	a. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
		b. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
		c. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
		d. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
		e. Estar fuera de casa solo.
	b) El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).	
	c) Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.	

	d) Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.	
	e) El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.	
	f) El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.	
	g) El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
	h) Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.	
	i) El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.	
G. Trastorno de ansiedad generalizada	a) Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).	
	b) Al individuo le es difícil controlar la preocupación.	
	c) La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Facilidad para fatigarse. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
	d) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
	e) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).	
	f) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.	
H. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	a) Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.	
	b) Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):	1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

		2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
	<p>c) El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente: Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).</p>	
	d) El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.	
	e) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
I. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica	a) Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.	
	b) Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.	
	c) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.	
	d) La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.	
	e) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
	Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad.	
J. Otros trastornos de ansiedad		

Anexo 09: Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**"Trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría
Hospital Regional Huscho 2023"**

Yo, (código de participante) _____
declaro libremente que:

- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que mi participación es voluntaria, anónima y altruista
 - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
 - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO
(marcar lo que corresponda)

SÍ NO

Investigador: **Calderón Sandoval Ronny Aquiles**

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, (código de participante):

.....
revocho el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Firma y Fecha de la revocación.

Anexo 10: Validación Estadística

HUACHO, 18 ENERO DEL 2023.

INFORME DE ASESORIA Y PROCESAMIENTO DE DATOS

DE: LIC. EST. MELVIN MICHAEL BARZOLA QUICHIZ

ASUNTO: ASESORIA ESTADÍSTICA DE TESIS

PRESENTE. -

Por medio de la presente hago mención que Yo el Lic. Est. Melvin Michael Barzola Quichiz, con DNI 09612608 de Profesión Licenciado en Estadística declaro haber revisado la tesis de Don Ronny Aguilés, Calderón Sandoval, "Trastornos de ansiedad en el paciente adulto mayor del consultorio de geriatría Hospital Regional Huacho, 2023", y estar de acuerdo con el procesamiento de datos en el Software Estadístico SPSS v25 y las tablas procesadas en Excel, para el análisis de los resultados.

Atentamente,

Cc: Archivo


COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ
CONSEJO NACIONAL
.....
MELVIN MICHAEL BARZOLA QUICHIZ
LIC. EN ESTADÍSTICA
COESPE 0293

Anexo 11: Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Categorización de la Variable	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Ansiedad	Estado de angustia o aflicción que podría presentar un individuo sin el requerimiento que haya un motivo para tener realmente una preocupación.	Conjunto de respuestas emocionales y fisiológicas que el adulto mayor refiere presentar ante determinado suceso, y que lo expresa verbalmente durante la entrevista realizada.	Cualitativa	Categórica Ordinal	Síntomas subjetivos Síntomas neurofisiológicos Síntomas respiratorios Respuesta autonómica	Reactivos 4, 5, 9, 10, 13, 14, 16, 17. Reactivos 1, 3, 6, 8, 12, 11 Reactivos 7, 15 Reactivos 2, 18, 19, 20, 21.	Inventario de Ansiedad de Beck Mínima Leve Moderada Severa
Trastornos de ansiedad	Son trastornos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas se diferencian por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se clasifican según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. (APA, 2018)	Cuadro clínico que en la que predomina sensaciones de angustia y preocupación excesivas que el adulto mayor refiere presentar y que alteran su vida diaria.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Tipos de trastornos de ansiedad según el DSM V		Criterios Diagnósticos para trastornos de ansiedad DSM V
Trastorno de ansiedad por separación.	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativo al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho. (APA,2018)	Sensación de angustia y preocupación excesivas que refiere el adulto mayor debido a la separación temporal de una persona con la que lo une un vínculo estrecho.	Cualitativa	Nominal Dicotómica		Cumple los criterios No cumple los criterios	Criterios Diagnósticos para trastornos de ansiedad DSM V
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica donde se espera que lo haga, a pesar de poder hacerlo sin problemas en otras situaciones. (APA,2018)	Incapacidad del adulto mayor para hablar o responder a otros en una situación social, pudiéndolo hacer en otras situaciones.	Cualitativa	Nominal Dicotómica		Cumple los criterios No cumple los criterios	Criterios Diagnósticos para trastornos de ansiedad DSM V

Fobia específica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de un intenso miedo – ansiedad. (APA,2018)	Miedo y/o ansiedad intensa y persistentes de aparición súbita que refiere presentar el adulto mayor ante un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de malestar intenso.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Cumple los criterios No cumple los criterios	Criterios Diagnósticos para trastornos de ansiedad DSM V
Trastorno de ansiedad social	Son miedos excesivos al escrutinio, la vergüenza y la humillación en situaciones sociales o de desempeño, lo que conduce a una angustia significativa o deterioro en el funcionamiento. (APA,2018)	Son miedos excesivos al escrutinio, la vergüenza y la humillación en situaciones sociales o de desempeño que refieren presentar los adultos mayores y le conllevan a una angustia significativa o deterioro en el funcionamiento.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Cumple los criterios No cumple los criterios	Criterios Diagnósticos para trastornos de ansiedad DSM V
Trastorno de pánico	Crisis de angustia inesperadas recurrentes, al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias. (APA,2018)	Sensación de angustia y miedo exagerado inesperadas recurrentes, que refieren los adultos mayores y va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Cumple los criterios No cumple los criterios	Criterios Diagnósticos para trastornos de ansiedad DSM V
Agorafobia	Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. (APA,2018)	Crisis de angustia y ansiedad excesivos que refieren presentar los adultos mayores ante lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud y requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Cumple los criterios No cumple los criterios	Criterios Diagnósticos para trastornos de ansiedad DSM V
Trastorno de ansiedad generalizada	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobre activación fisiológica. (APA,2018)	Crisis de miedo y ansiedad excesivos que refieren presentar los adultos mayores, así como alteraciones conductuales que se asocian a tres o más síntomas de sobre activación fisiológica.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Cumple los criterios No cumple los criterios	Criterios Diagnósticos para trastornos de ansiedad DSM V

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia. (APA,2018)	Crisis de angustia o ansiedad, que refiere presentar el adulto mayor y que es consecuencia fisiopatológica directa del consumo de sustancias.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Cumple los criterios No cumple los criterios diagnósticos	Criterios Diagnósticos para trastornos de ansiedad DSM V
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia fisiopatológica directa de otra condición médica. (APA,2018)	Crisis de angustia o ansiedad, que refiere presentar el adulto mayor y que es consecuencia fisiopatológica directa de otra condición médica.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Cumple los criterios No cumple los criterios	Criterios Diagnósticos para trastornos de ansiedad DSM V
Otros trastornos de ansiedad	Presencia de síntomas clínicamente especificado significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. (APA,2018)	Son sensaciones de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales ante situaciones antes no especificadas que refiere presentar el adulto mayor.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Cumple los criterios No cumple los criterios	Criterios Diagnósticos para trastornos de ansiedad DSM V

Anexo 12: Evidencia de Recolección de Datos