



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**Vicerrectorado de  
INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

***“Pacientes abandonados en el servicio de medicina interna del  
Hospital Nacional Arzobispo Loayza, de octubre 2015 a marzo  
del 2016”***

**Tesis para Optar el Título de Especialista en Terapia Familiar Sistémica**

**AUTOR (A)**

Aida Pérez Sauñi

**ASESORA (A)**

Juan Godoy Caso

**JURADO (A)**

Juan Víctor Sandonas Milla

Raul Ernesto Porras Lavalle

Orfelinda Elizabeth García Camacho

**LIMA – PERÚ**

*2019*

## **Dedicatoria**

De manera especial a mi madre y a mis hijas Andrea y Alexa, mis hermanas porque ellos han dado razón a mi vida por su apoyo incondicional y su paciencia, todo lo que hoy soy es gracias a ellos, a toda mi familia que es lo mejor y más valioso que Dios me ha dado.

## **Agradecimientos**

Agradecer de corazón a mi tutora y a las personas que de una manera u otra han sido claves en mi vida profesional y por extensión en lo personal.

## Contenido

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCION .....	3
Capítulo 1 .....	5
Planteamiento del problema .....	5
1.1. Antecedentes .....	5
1.2. Descripción del Problema .....	14
1.3. Formulación del problema .....	21
1.4. Delimitación .....	22
1.5. Justificación .....	22
1.6 Objetivos .....	23
Capítulo 2 .....	24
Marco Teórico .....	24
2.1. Bases teóricas.....	24
2.2. Marco institucional o legal.....	39
2.3. Marco referencial (conceptual).....	40
2.4 Operacionalización de las Variables.....	46
Capítulo 3 .....	47
Método.....	47
3.1. Diseño y tipo de investigación.....	47
3.2. Participantes.....	47
3.3 Instrumentos .....	48
3.4. Procedimiento .....	50
Capítulo 4 .....	52
Resultados .....	52
4.1 Datos generales de pacientes abandonados en el pabellón II del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.....	52
4.2. Prevalencia de pacientes abandonados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2016.....	54
4.3. Resultados de pacientes abandonados según el diagnóstico social .....	55
Capítulo 5 .....	64

5.1 Discusión .....	64
5.2. Conclusiones.....	67
5.3. Recomendaciones .....	68
Referencias bibliográficas .....	69
Capítulo 6 .....	77
Anexos.....	77
Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	78
ANEXO 2: FORMULARIO AD HOC.....	80
ANEXO 3: Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	86
ANEXO 4 .....	91
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	91

## RESUMEN

A los pacientes abandonados se les define como el desamparo en que se deja a una persona con peligro para su integridad física en circunstancias que no le permiten proveer a su propio cuidado. La población de esta investigación estuvo compuesta por 50 pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Arzobispo teniendo como objetivo determinar la prevalencia de pacientes abandonados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2016. Es descriptivo - transversal de enfoque Cuantitativo que identifica el problema para la búsqueda de soluciones. Se encontró que existe un 10% (5) de la población total evaluada en estado de abandono familiar social y el 90% (45) está siendo acompañado por un familiar. Se evidencia notablemente que el 90% de pacientes abandonados presentan más de un diagnóstico social siendo la ruptura familiar y pobreza las que se dan con frecuencia. Según la patología el 60% (3) tienen diagnóstico de patología hipertensión y el 40% (2) tienen diagnóstico de patología virus de la inmunodeficiencia humana, según la edad el 60% (3) tienen 80 años a más siendo de mayor prevalencia y el 40% (2) tienen de 50 a 69 años de edad y según indicadores de salud el 100% (5) tienen en su totalidad el indicador de salud Sistema Integrado de Salud – SIS. La presente investigación evidencia que el hospital alberga a pacientes con alta médica que han sido abandonados por sus familiares. En su totalidad cuentan con el sistema de salud integrado gratuito (SIS) y es el trabajador social quien desarrolla las estrategias para la solución de problemas. Palabras clave: Pacientes abandonados, medicina interna, Trabajador social, seguro integral de salud.

## **ABSTRACT**

Abandoned patients are defined as the abandonment in which a person is left with a danger to their physical integrity in circumstances that do not allow them to provide for their own care. The population of this research was composed of 50 patients hospitalized in the National Hospital Arzobispo having as objective to determine the prevalence of abandoned patients in the internal medicine service of the Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2016. It is descriptive - longitudinal Quantitative approach that identifies the problem for the search for solutions. It was found that there is a 10% (5) of the total population evaluated in the state of social family abandonment and 90% (45) is being accompanied by a relative. It is noticeable that 90% of abandoned patients have more than one social diagnosis, family rupture and poverty being frequent. According to the pathology, 60% (3) are diagnosed with hypertension pathology and 40% (2) have a diagnosis of human immunodeficiency virus pathology, according to age, 60% (3) are 80 years old and more prevalent. 40% (2) are between 50 and 69 years old and according to health indicators, 100% (5) have the health indicator Integrated Health System - SIS. The present investigation shows that the hospital houses patients with medical discharge who have been abandoned by their relatives. In their entirety they have a free integrated health system (SIS) and it is the social worker who develops the strategies for solving problems. Key words: Abandoned patients, internal medicine, social worker, comprehensive health insurance.

## INTRODUCCION

En la actualidad los centros hospitalarios tienen a cargo a pacientes hospitalizados que ingresaron a nosocomios con ayuda de familiares, vecinos y/o conocidos que luego abandonaron al paciente. La crisis y la falta de recursos han provocado que cada vez sean más los ancianos que son abandonados en los hospitales.

El contenido de esta tesis, se ha estructurado de acuerdo con el esquema recomendado por la sección de Posgrado de la FCCSS de la UNFV con los siguientes capítulos:

En el Capítulo 1 Planteamiento del problema, con los siguientes puntos: Antecedentes Bibliográficos, Planteamiento del Problema. - Objetivos: General y Específicos. - Justificación e importancia de la investigación. - Alcances y limitaciones. - Definición de variables.

En el Capítulo 2 Marco teórico, con los siguientes aspectos: Teorías Generales Relacionados con el Tema. - Bases Teóricas especializadas sobre el Tema. - Marco Conceptual.

En el Capítulo 3 Método, con los siguientes puntos: Tipo, Diseño de Investigación. - Variables. - Población de estudio. - Muestra. - Técnicas de investigación. - Instrumentos de recolección de datos. - Procesamiento y Análisis de datos.

En el Capítulo 4 Resultados, con los siguientes puntos: Resultados e interpretación del Análisis descriptivo del estudio. - Resultados e interpretación del Análisis descriptivo del estudio. -Resultados de la Contrastación de Hipótesis.



En el Capítulo 5 Discusión, con los siguientes aspectos: Sobre los datos generales de los 50 trabajadores del Hospital Nacional. - Análisis crítico de los resultados del análisis descriptivo e inferencial. - Resultados de las evidencias de los 50 trabajadores del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. - Análisis y Comentarios en relación a publicaciones anteriores sobre el tema de esta investigación.

Para finalizar se presentan las Conclusiones. - Recomendaciones. - Referencias Bibliográficas. ANEXOS, Matriz de Recolección de Datos. - Instrumento para la Recolección de Datos. - Definición de Términos.

# Capítulo 1

## Planteamiento del problema

### 1.1. Antecedentes

#### 1.1.1 Antecedentes Internacionales

**a. Patiño y Eyamí (2015)**, en su investigación “Abandono del adulto mayor enfermo por parte de su familia, en el Hospital San Juan de Dios, E.S.E, de Armenia, Quindío, Colombia”. Tuvo como objetivo: Identificar las características de abandono del adulto mayor enfermo por parte de su familia, en el Hospital san Juan de Dios, E.S.E, de Armenia, Quindío, Colombia. Metodología: Esta investigación es de carácter cualitativo, que busca identificar las características de abandono del adulto mayor enfermo por parte de su familia, en el Hospital san Juan de Dios, E.S.E, de Armenia, Quindío, Colombia. Diseño: La investigación está basada en: observaciones y datos proporcionados por la entidad prestadores de servicios, empleando herramientas como encuestas y estudios comparativos. Resultados y Conclusiones: Los adultos mayores del Hospital San Juan de Dios de Armenia son en un gran porcentaje de un alto grado de vulnerabilidad por parte de sus familiares por las siguientes causas: abandono, que se hace evidente en los espacios prolongados de soledad, sumado a esto las condiciones de pobreza de la mayoría de las personas que acuden a los servicios de hospitalización. Los adultos mayores enfermos abandonados son en su mayoría hombres, con un 16.6%, posiblemente por rechazo de su prole o situaciones del pasado.

**b. Fuentes y García (2003)**, en su investigación “Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor”, México. Tuvo como objetivo: Identificar las causas que originan sensación de abandono en los pacientes de la tercera edad. Lugar: Unidad de Medicina Familiar 52 Cuautitlán Izcalli Estado de México Oriente. Diseño: Observacional, prospectivo, transversal. Material y métodos: Se estudiaron 85 pacientes mayores de 60 años, que acudieron a Trabajo Social de la UMF 52. El estudio fue realizado en dos fases: la primera constó de la aplicación de un cuestionario, donde se tabularon las siguientes variables: sexo, edad, escolaridad, estado civil, así como para conocer su situación económica, familiar y social, además de sus sentimientos al respecto. La segunda fase se enfocó a una investigación familiar mediante una visita domiciliaria, para corroborar la información obtenida en el cuestionario y conocer la dinámica familiar, considerando aspectos como atención, trato, compañía e higiene personal y de la vivienda. Resultados: En la investigación se obtuvieron resultados estadísticamente significativos con una  $P < 0.001$ . Encontramos que el grupo de edades fluctuó entre 60 y 90 años, con una media de 70 años, la relación sexo femenino-masculino fue de 1 a 1. Escolaridad fue de primaria incompleta con un 39%. El 57% aún tiene pareja. Un 25% carece de apoyo familiar, 4% vive exclusivamente de su pensión, un 6% no recibe visita de sus familiares. 30% refiere sentirse solo. 17% está en riesgo de sufrir complicaciones y 1% sufre abandono por carecer de familiares cercanos. Conclusiones: El 51% de la muestra tiene una instrucción escolar mínima o nula, por lo que su actividad laboral le redituó un ingreso bajo que le impidió una preparación u oportunidad para planear su vejez.

Esto da como resultado que la vejez no sea satisfactoria y que su estado emocional influya negativamente en su adaptación al proceso de envejecimiento y lo manifieste con apatía, aislamiento, depresión, sentimientos de soledad y desesperanza, sintiéndose una carga o estorbo para sus familiares.

**c. Delgado (2012)**, en su investigación “Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; centro del buen vivir MIES FEDHU-2012”, Ecuador. La investigación ha sido estructurado pensando en los adultos mayores están inmersos dentro de la problemática del abandono familiar, la cual aún se hace evidente en nuestra cultura; viendo esto comienza a ser necesario caracterizar la incidencia de dicho problema en las conductas sociales de los adultos mayores. Aquellos en los que se evidenciaba formas de interaccionar inadecuadas y que afectan las relaciones sociales, su estado de ánimo, y en especial su esfera conductual, evidenciando deterioros en aquello. Los estudios sobre adultos/as mayores en el Ecuador son escasos, es por eso el proceso sistemático de seguimiento ante este proceso de estudio cuyos beneficiarios directos serán los implicados en la problemática, en especial los adultos mayores que son parte del abandono familiar. Los aspectos fundamentales del marco teórico son el impacto del abandono familiar dentro de las esfera afectiva, cognitiva y afectiva, el tipo de comportamiento y en especial las habilidades sociales las cuales se hacen presentes en todo momento como medio para poder socializar de forma adecuada en todo contexto. La modalidad del trabajo es de tipo cualitativa, así mismo con el empleo de técnicas estructuradas y utilizadas dentro de la práctica Clínica Psicológica.

La población y muestra han sido los adultos mayores del Centro del Buen Vivir MIES-FEDHU. De los análisis de resultados se hace evidente que los adultos mayores que hacen parte de la problemática, el abandono familiar, impacta de forma directa sobre el sistema de pensamiento y conducta, pero de aquello la familia tienen un papel importante que debe de ser atendido para el mejoramiento de los adultos/as mayores, familiares, y comunidad en general.

**d. Hernández et al. (2011)**, en su investigación “Caracterización del Adulto Mayor con Síndrome de Abandono”, Guatemala. Tuvo como objetivo: Caracterizar los factores que integran el síndrome de abandono en los adultos mayores. Diseño Metodológico: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes adultos mayores ingresados en los 3 centros seleccionados de atención al adulto mayor incluidos en el listado de establecimientos vigentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y 3 centros de atención del adulto mayor administrados por entidades religiosas. Resultados: Se realizaron encuestas a 159 adultos mayores; se encontró que el 45.9%, de los entrevistados, se encuentran entre los 80 y 89 años de edad, el 74.21% no cuentan con pareja, 73.57% presentó un nivel educativo bajo, solo curso el grado de primaria, el 55.95% trabajó de obrero/operario u oficios domésticos. Dentro de los padecimientos que aquejan al adulto mayor de dichos hogares, el 42.24% padece de hipertensión arterial y el 30% utiliza bastón para deambular. El 57.2% ingresó al asilo de manera voluntaria y el 61% ha permanecido entre 1 a 5 años en los asilos.

El 56.60% refirió sentirse abandonado y el 64% no tiene un ingreso económico actual. Conclusiones: Las variables que determinan el Síndrome de Abandono en

el adulto mayor son: Utilizar bastón para caminar, ser divorciado, presentar sentimiento de abandono, seguido del sentimiento de tristeza, padecer de la enfermedad de Alzheimer y haber ingresado involuntariamente a una institución. Y el hecho de haber sido comerciante es un factor protector (que podría interpretarse como rasgo de la personalidad propia de personas que gustan de hacer negocios, tienen la habilidad y avidez mental para lograrlos y procurarse a la vez un mejor estándar de calidad de vida). Esto demuestra que los demás factores no son influyentes significativamente.

**e. Naranjo y Porras (2008)**, en su investigación “La intervención de Trabajo Social en la atención de personas adultas en condición de abandono, en el Hospital San Juan de Dios”, Costa Rica. Resume que la intervención del Trabajo Social en las diversas manifestaciones de la cuestión social, está inmersa en un contexto cambiante que transforma los procesos de trabajo realizados desde los escenarios en los que se desenvuelven los (as) trabajadores (as) sociales. En el ámbito de la salud se manifiesta la situación de abandono en diferentes grupos poblacionales, siendo en personas adultas, una condición multifactorial donde se conjugan aspectos a nivel personal, familiar, social, político y económico, donde Trabajo Social interviene para la búsqueda de mejores condiciones de vida para estas personas. En este sentido, la presente investigación facilitó el análisis de la intervención de Trabajo Social en la atención de personas adultas en condición de abandono, en el Hospital San Juan de Dios durante el 2006, utilizando como marco interpretativo el Enfoque de Derechos Humanos.

Desde esta perspectiva, se realizó la descripción de los factores que inciden en que las personas adultas vivencien la condición de abandono, así como el proceso de trabajo que las profesionales llevan a cabo para la atención de estas personas, tomando en cuenta aspectos a nivel gerencial y operativo. Lo anterior con el propósito de aportar elementos para el fortalecimiento de la gestión del servicio y de la intervención profesional. A nivel metodológico, la investigación se basó en la complementariedad de los enfoques cuali-cuantitativo, lo que permitió el análisis de la intervención profesional a partir de las experiencias de las sujetas de estudio y el criterio de informantes externos, así como la obtención de datos relacionados con las características de las personas adultas en condición de abandono. El quehacer profesional se complejiza ante la confluencia de situaciones relacionadas con la población adulta en abandono, el contexto, las políticas públicas y las acciones realizadas a nivel gerencial y operativo para la prestación de los servicios.

Con respecto a las personas adultas en condición de abandono, se destacaron características como: Débiles o nulos vínculos afectivos a nivel familiar y/o comunal. Condición de pobreza asociado a la indigencia, la adicción al alcohol y otras drogas, así como la presencia de enfermedades crónicas y discapacidades temporales o permanentes que dificultaron la posibilidad de autocuidado. La intervención de trabajo social estuvo inmersa en un contexto de incertidumbre, caracterizado por una política pública fragmentada y la desarticulación estatal para dar respuesta a una situación compleja que requiere de la intervención de diversos actores del ámbito público, la sociedad civil y del espacio familiar y comunal.

Ante este contexto, se gestaron procesos de trabajo desde el nivel gerencial y operativo en los cuales fue posible identificar la exigencia institucional para la reubicación de la persona adulta en condición de abandono, delegando esta responsabilidad en Trabajo Social. Se destaca el liderazgo que el Servicio de Trabajo Social ejerció en la visualización de la situación de abandono en los hospitales nacionales, a través de su participación en acciones como el “Foro Intersectorial Construyendo Políticas de Concertación para la Población en Situación de Abandono en los Hospitales Nacionales de la CCSS”, donde se inició un proceso de sensibilización y de otros actores institucionales en la búsqueda de alternativas para esta población. Con respecto a la Dirección de los servicios, se evidenciaron dificultades en los procesos de planificación, supervisión y evaluación relacionadas con la ausencia de modelos o protocolos para guiar la intervención profesional, tomando en cuenta los cambios en el contexto y las necesidades de la población, así como la incidencia del quehacer cotidiano en la vida personal y profesional de las trabajadoras sociales. Se destacó la utilización del modelo asistencial, principalmente para la coordinación de recursos institucionales para la reubicación o satisfacción de necesidades básicas de las personas adultas en condición de abandono. No obstante, las respuestas institucionales fueron escasas producto de la desarticulación institucional y la complejidad de la situación de abandono. Por este motivo se establecen recomendaciones dirigidas al fortalecimiento del trabajo en red, la construcción de modelos de supervisión y evaluación para la toma de decisiones y la reorientación de la intervención profesional. Además, se considera necesaria la creación de un protocolo que oriente



la atención de esta población con el fin de brindar una oferta de servicios acorde a sus características y a los requerimientos del contexto.

**f. Zúñiga et al. (2012)**, en su investigación “Percepción del Adulto Mayor Hospitalizado en Cuanto al Abandono por sus Familiares”, México. Resume que en los adultos mayores, se presentan mayores necesidades de atención de enfermería y de su grupo familiar. Objetivo. Describir la percepción del adulto mayor hospitalizado en relación con el abandono de sus familiares. Metodología. Diseño descriptivo y transversal. Universo de estudio 100 adultos mayores en el Hospital General del ISSSTE, de Acapulco Guerrero. La recolección de la información, se obtuvo mediante tres escalas validadas: Katz, Lawton Brody y Recursos sociales; se diseñó una escala para medir la percepción de abandono, con un Alpha Cronbach 0.8947; el análisis se realizó a través del paquete SPSS v. 17. Resultados. La edad que predominó fue de 60-69 años; 51% femenino y 49% masculino; el 51% eran viudos, 34% casados, 10% divorciados. La escala de Lawton Brody, muestra que 70% son independientes para manejar sus recursos financieros; en la escala de recursos sociales, 67% se encuentran socialmente deteriorados. De la escala de percepción de abandono, 49% de los viudos se perciben muy y totalmente abandonados. El 53% siente que son una carga para la familia, 18% creen que es por su vejez y el 13% por su enfermedad, 34% se sienten abandonados en el hospital, 33 % no recibe visitas desde que lo hospitalizaron, 67% sí los visitan, al 44% quienes los visitan son sus hijos. Conclusión. El adulto mayor se percibe abandonado tanto por sus características físicas, como económicas y sociales, tanto en el hogar como en el hospital.

### **1.1.2 Antecedentes Nacionales.**

**a) Roldán (2008)**, en su investigación “Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas 2007”, Lima. Tuvo como objetivo comprender las Vivencias del Adulto Mayor frente al abandono de sus familiares, lo cual fue posible lograr con el enfoque fenomenológico. Dicho estudio es de tipo Cualitativo, descriptivo, que me permitió tener una visión de la situación de la variable estudiada en la población de adultos mayores. La muestra estuvo conformada por 19 personas adultas mayores, la cual fue obtenida a través del muestreo no probabilístico intencionado por saturación. La técnica utilizada en la recolección de datos fue la entrevista a profundidad, ya que se requerían obtener respuestas individuales que no hubieran sido posibles obtener con alguna entrevista de tipo común. El análisis fenomenológico de las 19 entrevistas realizadas permitió la identificación de siete unidades de significado, las cuales fueron posteriormente interpretadas para una mejor comprensión de las mismas. Entre las vivencias del adulto mayor tenemos que éste es consciente de la etapa de vida por la que atraviesa, y que, a pesar de los malos tratos recibidos por parte de sus familiares, éstos no sienten ningún tipo de rencor hacia ellos, por el contrario, crean excusas tratando de entender los motivos por los cuales sus familiares actúan de aquella manera; y que en la mayoría de los casos es por falta de dinero que sus familiares no están con ellos. En cada uno de sus pensamientos y/o actos está presente Dios, a quien se aferran y piden a diario ayuda para seguir adelante.

Entre las consideraciones finales se resalta la importancia de la futura realización de investigaciones de tipo cualitativo que incluyan como población a los adultos mayores, debido a la falta estudios relacionados a este tema. Así también se refleja la fragilidad y bondad de las personas adultas mayores, en cuyas almas no hay espacio para albergar ningún tipo de sentimiento negativo hacia alguna persona.

## **1.2. Descripción del Problema**

Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. (2002). El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena, ha orientado el pensamiento y la acción sobre el envejecimiento durante los últimos 20 años, mientras se han ido plasmando iniciativas y políticas de importancia crucial. Las cuestiones relacionadas con los derechos humanos de las personas de edad se abordaron en la formulación, en 1991, de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, en los que se proporcionaba la orientación en las esferas de la independencia, la participación, los cuidados, la realización personal y la dignidad. En el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más. Este triunfo demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI significan que el número de personas de más de 60 años, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2.000 millones en el 2050, mientras que se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% en 1998 al 15% en 2025.

Ese aumento será más notable y más rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la población de edad se cuadruplicará en los próximos 50 años. En Asia y América Latina la proporción del grupo clasificado como personas de edad aumentará del 8% al 15% entre 1998 y 2025, mientras que en África se prevé que esa proporción aumente sólo del 5% al 6% durante ese período, y que después se duplique para el año 2050.

En el África subsahariana, donde se sigue luchando contra la pandemia del VIH/SIDA y las dificultades económicas y sociales, el porcentaje llegará a la mitad de ese nivel. En Europa y América del Norte, entre 1998 y 2025 la proporción de población clasificada como personas de edad aumentará del 20% al 28% y del 16% al 26%, respectivamente. Una transformación demográfica mundial de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales experimentarán una evolución.

La notable transición demográfica que se está produciendo hará que para mediados de siglo los porcentajes de la población mundial correspondientes a viejos y jóvenes sean iguales. Según se prevé, el porcentaje de las personas de 60 y más años en todo el mundo se duplicará entre el año 2000 y el 2050 y pasará del 10% al 21%; se proyecta, en cambio, que el porcentaje correspondiente a los niños se reducirá en un tercio y pasará del 30% al 21%. En algunos países desarrollados y con economías en transición el número de personas de edad supera ya al de los niños, y las tasas de natalidad han descendido por debajo del nivel de reemplazo.

En algunos países desarrollados el número de personas de Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento.

Para el año 2050, será más del doble que el de los niños. (Se espera que en los países desarrollados el valor medio de 71 hombres por 100 mujeres aumente a 78. En las regiones menos desarrolladas, las mujeres de edad no superan en número a los hombres de edad en la misma medida que en las regiones desarrolladas, ya que las diferencias de género en cuanto a esperanza de vida suelen ser menores. Actualmente la proporción media en los países en desarrollo es de 88 hombres por 100 mujeres entre las personas de 60 años y más, y se proyecta un ligero cambio de esa cifra, que bajará a 87 para mediados de siglo.) El envejecimiento de la población pasará a ser una cuestión de primordial importancia en los países en desarrollo, que, según se proyecta, envejecerán rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Se espera que para 2050 el porcentaje de personas de edad aumentará del 8% al 19%, mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%. Este cambio demográfico plantea un problema importante en materia de recursos. Aunque los países desarrollados han podido envejecer gradualmente, se enfrentan a problemas resultantes de la relación entre el envejecimiento y el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, mientras que los países en desarrollo afrontan el problema de un desarrollo simultáneo con el envejecimiento de la población.

Los países desarrollados y los países en desarrollo presentan otras importantes diferencias demográficas. Mientras que en la actualidad en los países desarrollados la inmensa mayoría de personas de edad vive en zonas clasificadas como urbanas,

la mayoría de personas de edad de los países en desarrollo vive en zonas rurales. Las proyecciones demográficas indican que para el año 2025 el 82% de la población de los países desarrollados vivirá en zonas urbanas, mientras que menos de la mitad de la población de los países en desarrollo vivirá en ellas. En los países en desarrollo hay una mayor proporción de personas de edad en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Aunque es necesario seguir estudiando la relación entre el envejecimiento y la urbanización, las tendencias indican que en el futuro habrá en las zonas rurales de muchos países en desarrollo una mayor población de personas de edad.

El abandono, el maltrato y la violencia contra las personas de edad pueden adoptar muchas formas física, psicológica, emocional, financiera y se producen en todas las esferas sociales, económicas, étnicas y geográficas. El proceso del envejecimiento entraña la reducción de la capacidad de recuperarse, por lo que las personas de edad que han sido víctimas de malos tratos pueden no llegar a recobrase nunca del todo, física o emocionalmente, de la experiencia sufrida. El efecto de la experiencia traumática puede verse agravado por el hecho de que la vergüenza y el miedo producen una renuencia a pedir ayuda. Las comunidades deben trabajar unidas para prevenir los malos tratos, el fraude al consumidor y los delitos contra las personas de edad.

Es necesario que los profesionales reconozcan los riesgos de abandono, maltrato o violencia por parte de los encargados, profesionales o no, de atender a las personas de edad en el hogar o en contextos comunitarios o institucionales.

INEI (2016) Menciona en la publicación del diario El Pulso que en la actualidad los centros hospitalarios tienen a cargo a pacientes hospitalizados que ingresaron a nosocomios con ayuda de familiares, vecinos y/o conocidos que luego abandonaron al paciente. Muchos de ellos con cuadros terminales que fallecen en el nosocomio y terminando en algunos en la morgue sin que nadie reclame por ellos.

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2016 son menores de 15 años 28 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,7% en el año 2016. El 82,0% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 70,2%, habiendo 11,8 puntos porcentuales de diferencia entre ambos. Por otro lado, las mujeres de Lima Metropolitana (82,3%) y del área urbana (82,5%) son las que más padecen de problemas de salud crónica, en tanto que en el área rural son el 80,4%. En todos los ámbitos geográficos, menor proporción de hombres que de mujeres adultas mayores padecen de problemas de salud crónica (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, VIH, colesterol, etc.).

Martínez (2016) El cambio en los valores, las nuevas prioridades que resquebrajan la estructura familiar tradicional, la falta mínima de solidaridad con el desvalido, están llevando a las familias a abandonar a sus seres queridos en los hospitales. En 2009, sólo en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, las familias abandonaron a 3.418 pacientes, por diferentes motivos que bien pueden resumirse en el desapego. Pero esa realidad no es exclusiva de Medellín: esta situación también se presenta en hospitales de otras ciudades, en mayor o menor proporción. El consolidado es escandaloso en lo social, pero también en lo económico por las pérdidas millonarias para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), clínicas y hospitales que sin el decidido apoyo del Estado se ven obligadas a asumir el cuidado del abandonado, que puede quedarse hasta un mes o más en el hospital. Abandonar a un paciente es un delito por inasistencia, pero la justicia no puede obligar a la familia a recibirlo, cuando el paciente cometió actos de violencia en su hogar y tiene denuncias por agresión. Entretanto, las trabajadoras sociales tratan de convencer a las familias o conseguir un sitio donde el paciente tenga el cuidado necesario para poder vivir.

Diario Correo (2013) en la publicación pacientes abandonados en hospitales de Lima indica que la crisis y la falta de recursos han provocado que cada vez sean más los ancianos que son abandonados en los hospitales. Muchas veces llegan a los hospitales por enfermedades leves, pero acaban siendo ingresados por sus



avanzadas edades o por ser grupos de riesgo. Una vez superada la enfermedad el médico se dispone a darles el alta, pero se encuentra con el problema de que, o sus familiares no vienen a por ellos o que los ancianos no tienen a dónde ir.

En el año 2006, la Defensoría del Pueblo supervisó los hospitales del Ministerio de Salud: Víctor Larco Herrera, Hermilio Valdizán, Honorio Delgado, Hipólito Unanue y el Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos, donde se halló que 40% de sus pacientes estaban en situación de abandono. A la actualidad, no habría muchos cambios. Según el informe, la situación en EsSalud es todo lo contrario, el abandono es escaso. Los pacientes llegan a los hospitales del Minsa derivados por otras instituciones como juzgados y fiscalías de familia, también de la Policía, serenazgo y bomberos. Esta es la lista de hospitales con pacientes abandonados:

- 1.- Instituto Nacional Materno Perinatal: 01
- 2.- Hospital Nacional Cayetano Heredia: 02
- 3.- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa: 02
- 4.- Instituto Nacional de Salud del Niño: 09
- 5.- Hospital Nacional Dos de Mayo: 05
- 6.- Hospital Víctor Larco Herrera: 280
- 7.- Hospital Hermilio Valdizán: 57
- 8.- Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 03
- 9.- Instituto Nacional de Salud del Niño: 01

10.- Hospital San Juan de Lurigancho: 02

11.- Hospital Nacional Hipólito Unanue: 03

12.- Hospital María Auxiliadora: 08

### **1.3. Formulación del problema**

**1.3.1 Problema general** En base a los criterios de Kerlinger [Tamayo J. 2002] se formulará el problema así:

¿Cuál es la prevalencia de pacientes abandonados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2016?

#### **1.3.2 Problemas específicos:**

**a) Problema Específico 1:** ¿Cuál es el número de pacientes abandonados según el diagnóstico social en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

**b) Problema Específico 2:** ¿Cuál es el número de pacientes abandonados según la patología en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

**c) Problema Específico 3:** ¿Cuál es el número de pacientes abandonados según grupo étnico en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

**d) Problema Específico 4:** ¿Cuál es el número de pacientes abandonados según indicadores de salud en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

#### **1.4. Delimitación**

La presente investigación se ha llevado a cabo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en la ciudad de Lima, distrito Cercado de Lima. La población y unidad de estudio son pacientes hospitalizados en el Pabellón II de medicina de sexo masculino con diagnóstico médico y social. Con el fin de determinar la prevalencia de pacientes que son abandonados en el nosocomio.

#### **1.5. Justificación**

a) Desde el punto de vista social:

Como terapeuta familiar sistémica brindamos orientación, asesoría y apoyo social al paciente y entorno familiar, enfocado en la búsqueda de la integración familiar, ya que la familia es el centro de la vida social.

b) Desde el punto de vista institucional

Profesionalmente se va generar nuevos conocimientos incrementando el nivel de conocimientos que brindará un nuevo aporte para la institución de salud, dentro de los aportes es la coordinación con la alta dirección para buscar mejoras desde el ingreso del paciente al centro hospitalario, buscando el compromiso familiar de los pacientes que requieren asistencia médica.

c) Desde el punto de vista teórico

La presente investigación permitirá determinar y conocer las causas y factores que desencadenan el abandono de pacientes hospitalizados, conoceremos la realidad y los motivos que conllevan a los familiares abandonar al paciente. Nos permitirá proponer soluciones, creando programas de prevención e intervención para evitar que el número de pacientes abandonados se incremente.

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo general.**

Determinar la prevalencia de pacientes abandonados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2016.

### **1.6.2 Objetivos específicos.**

**a. Objetivo Específico 1:** Identificar el número de pacientes abandonados según el diagnóstico social en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

**b. Objetivo Específico 2:** Identificar el número de pacientes abandonados según la patología en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

**c. Objetivo Específico 3:** Identificar el número de pacientes abandonados según grupo étnico en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

**d. Objetivo Específico 4:** Identificar el número de pacientes abandonados según indicadores de salud en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

## Capítulo 2

### Marco Teórico

#### 2.1. Bases teóricas

**Pacientes abandonados:** Para Gutiérrez (2005), uno de los pilares fundamentales en la intervención del Trabajador Social es la familia. Una de las razones más comunes es cuando una persona de la tercera edad es cuando ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece. Situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, etc. Siendo esta última de gran importancia para el fortalecimiento y crecimiento de una familia. Al producirse un quiebre en los puntos antes nombrados (comunicación, afectividad, etc.), la tercera edad se repliega o es desplazada a un "rincón" del hogar, reduciéndose su mundo social provocando en el sujeto (tercera edad) una serie de repercusiones tales como abandono familiar social, aislamiento transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estadios de ánimo, etc.

Otro de los casos recurrentes es en situaciones en donde el sujeto de la tercera edad es padre o madre y recibe a su hijo (a) con su familia (allegados), siendo estos un apropiamiento del hogar en una forma temática, paulatina de este (hogar), desplazando al sujeto en estudio a dependencias reducidas el ignoro de su opinión y/o en muchas situaciones se produce un ambiente de agresión tanto físico, verbal y psicológico.

Ocasionando en el agredido daños psicológicos, neuronales, emocionales, conductuales y en algunos casos físicos que por la avanzada edad del sujeto son daños irreparables médicamente hablando. Cuando el sujeto en cuestión pertenece a un grupo familiar extenso y nadie de los componentes de la familia se quiere preocupar o hacerse cargo del cuidado de este. Viviendo periodos cortos en los hogares de quien le haya tocado el turno de cuidarlo, haciendo sentir que es una carga. Circunstancia que lo lleva a estados de depresión, desequilibrio emocional, rechazo y el estado anímico decae, llevándolo a cuadros depresivos que en muchos casos se desea que llegue al momento de morir para llegar al término de su calvario. Siendo esta etapa de la vida la más dura y triste para una persona que debería disfrutar y descansar con agrado hasta el término de su vida, instancia que toda persona desea.

### **Teoría del abandono:**

- **Teoría psicosocial según Erikson (1963).** En ella describe ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales (crisis o conflictos en el desarrollo de la vida, a las que han de enfrentarse las personas): Donde el último de ellos es la integridad frente a

desesperación (desde aproximadamente los 60 años hasta la muerte); esta es la última etapa. En la delicada adultez tardía, o madurez, la tarea primordial es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes; junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también y ello contribuye a la aparición de un sentimiento de desesperanza. Como respuesta a esta desesperanza, algunos mayores se empiezan a preocupar con el pasado. La integridad: física significa llegar a los términos de tu vida, y, por tanto, llegar a los términos del final de tu vida. La tendencia mal adaptativa es llamada presunción. Cuando la persona "presume" de una integridad: física sin afrontar de hecho las dificultades de la senectud.

- Para los científicos psicosociales, el envejecimiento es más que un mero proceso fisiológico, implicando una compleja interacción de fenómenos que incluyen componentes psicológicos y también sociales.

Birren (1988) Desde este enfoque el envejecimiento se define como la transformación del organismo humano tras la edad de la madurez: física, de forma que las probabilidades de supervivencia disminuyen constantemente, lo que se acompaña de una permanente transformación del aspecto, la conducta, la experiencia de los roles sociales.

**Abandono:** Para Ezequiel (1995) es la ausencia o ruptura de un lazo afectivo de relaciones entre las personas, que a menudo acarrea olvido de las obligaciones materiales o morales concomitantes y provoca sentimientos de frustración.

Soler (1995) según consta en el código penal argentino el abandono de personas es un delito de omisión que consiste en poner en peligro la vida o la salud de una persona incapaz de valerse. Derivada de la colocación en situación de desamparo o del abandono por parte de quien tiene la obligación de mantenerla o cuidarla y la posibilidad objetiva de evitar el riesgo por medio de la conducta debida y desde lo subjetivo, el conocimiento de aquellos extremos, especialmente, de la situación objetiva de peligro concreto para la vida o la salud. Es un delito doloso, de peligro individual concreto, se consuma por el hecho de no aportar el numerario económico requerido para la subsistencia.

**Abandono de familia:** Según el diccionario jurídico para menores (2006) Delito que comete una persona que no cumple las obligaciones propias de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar, dejando de atender las necesidades de hijos, padres y cónyuges.

**Diagnostico social:** Escartín et al. (1997) el diagnóstico social es un elemento fundamental en el proceso metodológico del Trabajo Social, pues las intervenciones y los resultados dependen de una adecuada interpretación y definición conceptual de las causas de las necesidades sociales. Es necesario establecer una apropiada conceptualización teórica y metodológica que permita consensuar procedimientos, herramientas y conceptos del diagnóstico social en Trabajo Social.



El diagnóstico constituye la segunda fase del método básico del Trabajo Social en la que, según Colomer (1979), se expresa el juicio sintético e interpretativo que hace el trabajador social de la situación estructural o personal, con miras a señalar las causas de los problemas o conflictos a fin de establecer posibles hipótesis de trabajo o de intervención profesional. Efectivamente, forma parte de un proceso y cobra sentido dentro de éste. Su realización no será posible mientras no dispongamos de la información suficiente y de calidad (en cantidad y cualidad) que permita comprender las necesidades sociales y sus causas. Igualmente, se encuentra vinculado a la planificación de la intervención, cuya base de formulación debe ser el propio diagnóstico realizado. La realización de un diagnóstico social conceptual es un requisito de eficacia para cualquier intervención social planificada (García, 2008) que quiera interpretar exitosamente las necesidades sociales, sus componentes y las relaciones entre los factores personales y sociales que configuran esa necesidad social.

El propósito del diagnóstico social radicaría en establecer una síntesis descriptiva y una interpretación y evaluación de la carencia social o de la situación personal y social (Colomer, 1979). Así, el contenido del diagnóstico social lo precisan convenientemente las definiciones. Su objeto resulta definido de forma más vaga, puesto que la mayor parte de las definiciones hacen referencias poco precisas al respecto. Las menciones al objeto del diagnóstico son en términos de «situación», «problemas», «conflictos» o «carencia social». Conceptos, que no se refieren a un constructo teórico ni afrontan el objeto del diagnóstico social, dificultando la alusión de forma específica e inequívoca a la parte de la realidad que ocupa al mismo.

Herráiz y De Castro (2013). El contenido diagnóstico pretende sintetizar, definir, interpretar y conceptualizar; pero su definición en el Trabajo Social debe hacer referencia no solo a su estructura o contenido, sino también a qué le es propio, a aquello que sintetiza, define, interpreta y conceptualiza.

Entendemos el diagnóstico social como «el proceso que sintetiza, interpreta y conceptualiza la naturaleza y magnitud de las necesidades sociales en sus efectos, génesis y causas personales y sociales». Lo hemos definido, en primer lugar, como un proceso, supone un conjunto de operaciones a realizar dentro del proceso metodológico, no siendo un fin en sí mismo. Así, no tendría sentido realizar un diagnóstico si no se fuera a realizar una intervención o si no dispusiésemos de suficiente información. En segundo lugar, hemos descrito el contenido del diagnóstico como una síntesis e interpretación que sistematiza y sintetiza los datos disponibles para poder interpretar; pero coincidimos con García (2008) que se trata más bien de una valoración e interpretación que de una sistematización de la información, y esta síntesis persigue la adecuada comprensión y valoración.

Por tanto, la síntesis del diagnóstico requiere ya una cierta valoración y conceptualización de la información recogida. En tercer lugar, el diagnóstico social es interpretativo y conceptual. Su esencia no es la recopilación de datos, sino su análisis para establecer relaciones entre los factores. La interpretación y conceptualización refieren a un esfuerzo cognitivo por elaborar una explicación plausible, detallada y organizada de conceptos a partir del establecimiento de relaciones y asociaciones lógicas entre los hechos disponibles.

Por último, hacemos referencia a que el objeto del diagnóstico son las necesidades sociales, como constructo teórico que permite conceptualizar la realidad propia del Trabajo Social.

Así, corresponde al diagnóstico social establecer la naturaleza, magnitud, efectos, génesis y causas de las necesidades sociales. Este definirá las necesidades sociales presentes, tratando de reconocer las causas, personales y sociales, su origen y fundamento, además de los posibles efectos que las mismas han provocado y su previsible evolución.

Entre los diagnósticos sociales más importantes tenemos:

**Abandono social.** - Según la fundación Casa Alianza (2016) es la omisión de cuidados y atenciones por parte de padres o tutores, familia extendida, maestros, Estado y otros actores sociales que interactúan con ellos y que son directa e indirectamente responsables de su desarrollo pleno e integral.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2013), el abandono social hacia el adulto mayor suele definirse como: la falta de atención y cuidado por parte de los familiares el cual afecta en mayor parte el aspecto psicológico y emocional. Los adultos mayores suelen deprimirse mucho, no quieren comer y no quieren vivir e incluso quieren quitarse la vida.

**Ruptura familiar.** - Según Satir (1988) en su publicación menciona que la familia es la unidad social, y se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un subsistema de la organización social. Los miembros del grupo

familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, que son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, etc. Es dentro del grupo familiar en donde se aprenden los valores y se transmite la cultura, la cual será filtrada y orientada por cada sistema. La ubicación geográfica de este sistema familiar (rural o urbano) determina también ciertas características de la organización y los roles que en ella se dan. La ruptura familiar o la desintegración familiar es uno de los mayores problemas que existen en la actualidad en muchos países, especialmente en los latinoamericanos. Es un problema social que desencadena la aparición de otros problemas que afectan el desarrollo normal de la familia y de la sociedad.

Galarza y Solano (2010). La desintegración familiar se define como la separación de uno o de varios miembros del núcleo familiar, creando así una desestabilización en su funcionamiento y propiciando una educación disfuncional de los hijos.

**Pobreza coyuntural.** - La Enciclopedia virtual EUMED (2016) publica que la complejidad de la definición de pobreza tiene que ver con el hecho de que se expresa de manera multidimensional, por lo que los elementos posibles para reconocer a quien es pobre pueden ser muy amplios. Sin embargo, bajo la concepción propuesta aquí, la existencia de la pobreza se entiende a partir de lo que puede ser o hacer una persona, en un contexto social que define la forma en que un individuo puede transformar los activos, el ingreso y los bienes de consumo disponibles en capacidades específicas.

Desde esta perspectiva, ser pobre significa que, dadas las condiciones sociales e individuales, las personas no tienen acceso a los recursos (no sólo económicos, sino también sociales y políticos) necesarios para alcanzar las capacidades básicas.

Por otra parte, hay que señalar que, de modo general, puede considerarse que existe un conjunto de requerimientos universales para no ser pobre, mismo que se refiere a la posibilidad de mantener la integridad física y la eficiencia biológica, la capacidad para formarse valores, para reflexionar sobre los planes de vida y tener experiencias significativas, así como para integrarse digna, productiva y participativamente a la sociedad en que se vive. Sin embargo, estos requerimientos pueden variar de una sociedad a otra, debido a la diversidad de normas y costumbres sociales, así como al estado del conocimiento general, lo cual determina una combinación específica de recursos aceptables para cada sociedad. Por ello podemos entender la pobreza en un sentido absoluto, como “pobreza extrema” es decir, como la carencia de capacidades básicas mínimas necesarias para la subsistencia biológica, lo cual significa que las carencias imposibilitan alcanzar la eficiencia biológica y generan deterioro orgánico, es decir, impiden estar adecuadamente nutrido y razonablemente saludable. Pero la pobreza también puede entenderse en un sentido relativo, como la carencia de los recursos propios de una sociedad específica para alcanzar esas capacidades. A este tipo de pobreza también se le conoce como “pobreza moderada”.

Por último, vale la pena destacar que la pobreza puede manifestarse como “pobreza coyuntural” cuando afecta a un hogar de manera temporal debido a la reducción o

pérdida transitoria de ingresos o de los activos disponibles (por ejemplo, bajas salariales o desempleo).

Una forma más aguda del problema es la llamada “pobreza crónica” que constituye una condición permanente a lo largo de un ciclo de vida, y se transmite intergeneracional mente. Esta se caracteriza por la carencia de activos que requieren largos procesos de ahorro e inversión para ser acumulados (por ejemplo, la escolaridad o niveles satisfactorios de salud) y tiende a persistir en un horizonte intergeneracional. Así, se entiende que la pobreza está determinada no sólo por la situación alcanzada en un momento determinado, sino, también por la vulnerabilidad de los individuos o familias a disminuciones bruscas y significativas en estos niveles a raíz de eventos transitorios contra las que no tienen defensa.

**Pobreza de bajos recursos económicos.** - En el Perú, el INEI establece la definición de la pobreza y pobreza extrema de acuerdo al criterio monetario, utilizando como indicador de bienestar al gasto per cápita mensual. Es así que se considera pobre a una persona cuando su gasto es inferior al nivel de gasto necesario para satisfacer las necesidades básicas alimentarias y no alimentarias, reflejadas éstas últimas en las líneas de pobreza.

El Banco Mundial (2006) refiere que en el caso de la línea de pobreza extrema, ésta es igual al valor monetario necesario para adquirir una canasta de alimentos que satisface un mínimo de necesidades nutricionales de las personas, dicho requerimiento nutricional o calórico es establecido considerando las diferencias

demográficas por región, los hábitos de consumo de la población, la disponibilidad efectiva de los alimentos y los precios relativos.

En el caso de la línea de pobreza total, ésta es igual al valor de la línea de pobreza extrema más el valor monetario necesario para satisfacer las necesidades no alimentarias esenciales como vestido, calzado, cuidado de la salud, educación, transporte, entre otros.

Dado que no hay criterios para establecer un consenso de qué productos y servicios, en qué cantidad y con qué frecuencia deben ser parte de la canasta básica no alimentaria, dicha canasta se determina en base a la relación observada entre los gastos en alimentación y el gasto total de consumo.

**Pobreza extrema.** – Satir (1988) explica que podemos entender la pobreza en un sentido absoluto, como “pobreza extrema” es decir, como la carencia de capacidades básicas mínimas necesarias para la subsistencia biológica, lo cual significa que las carencias imposibilitan alcanzar la eficiencia biológica y generan deterioro orgánico, es decir, impiden estar adecuadamente nutrido y razonablemente saludable.

La línea de pobreza es el valor monetario con el cual se contrasta el gasto per cápita mensual de un hogar para determinar si está en condiciones de pobreza o no. Este valor está conformado por dos componentes: el componente alimentario, que es llamado también línea de pobreza extrema y el componente no alimentario. El componente alimentario de la línea lo constituye el valor de una canasta socialmente aceptada de productos alimenticios.

EL Instituto Nacional de Salud (2010) informa que los productos que componen estas canastas se han establecido sobre la base de los patrones de consumo real de los hogares del año base (2010), considerando el mínimo de energía requerida por el poblador peruano que efectúa actividades de acuerdo a su género, edad y lugar de residencia. Se determinó el valor de dicha línea para los diferentes dominios de estudio: Costa urbana, Costa rural, Sierra urbana, Sierra rural, Selva urbana, Selva rural y Lima Metropolitana; sobre la base de la información de la Encuesta Nacional de Hogares del 2010.

Cada año se actualiza la canasta alimentaria, con los precios medianos de los 110 productos que la conforman. Estos precios se obtienen para la población de referencia, por región natural y área de la Encuesta Nacional de Hogares verificándose la robustez mediante pruebas estadísticas. Este último año es de S/. 169 soles mensuales por cada persona que conforma un hogar, es decir, es el valor de los alimentos de una canasta socialmente aceptada necesaria para cubrir un mínimo de requerimientos de energía.

A nivel nacional, entre los años 2014 y 2015, la línea de pobreza extrema presentó un incremento de 4,6%, pasando de S/. 161 a S/. 169 soles. A nivel de regiones naturales el mayor incremento se presenta en la Selva donde crece 5,2%; por dominios geográficos se observa la misma tendencia, siendo mayor este incremento en la Selva urbana con 5,9%, seguido de Lima Metropolitana con 5,4%.

**Grupo etéreo.** - La palabra etario proviene en su etimología del latín “aetas” cuyo significado es “edad”, siendo un neologismo, que incorporó la Real Academia



Española en el año 2001. O sea que podemos definir a la palabra etario como “lo relacionado con la edad de los seres humanos”. Se entiende por edad el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el tiempo presente, que en general se mide en años, a partir de los primeros 12 meses de vida.

Guerrini (2010). En el campo del Trabajo Social el propósito básico de la intervención profesional es mejorar el funcionamiento objetivo y subjetivo entre el individuo y su ambiente, es decir, el funcionamiento físico y social más visible y los sentimientos o estados afectivos. Por lo tanto, el trabajador social no pretende controlar al individuo sino entenderlo en toda su complejidad según interactúa con su ambiente.

El principio óptimo que debe dirigir la práctica gerontológica es la idea de que cada individuo debe tener la oportunidad de ejecutar su potencial, de vivir una vida potencialmente satisfactoria y socialmente deseable. La relación entre la persona y el profesional se desarrolla en el proceso de dirigir y completar una tarea. La relación progresa mediante una comunicación efectiva entre la persona y el profesional. Una relación profesional debe contribuir a mejorar el funcionamiento del individuo. La acción del profesional puede ir dirigida al individuo, su familia o su comunidad, la prioridad debe ser mantener a la persona anciana funcionando al máximo dentro de su comunidad, aumentando su propia estima, la confianza en sí misma, su autonomía y fortaleciendo la identidad individual. En fin, el rol principal del profesional trabajador social debe ser ayudar al viejo, al anciano, al adulto mayor a mantener niveles óptimos de funcionamiento dentro de sus limitaciones.

**Patología:** Según el diccionario de la Real Academia Española (2001) le atribuye al concepto de patología dos significados: uno lo presenta como la rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano y, el otro, como el grupo de síntomas asociadas a una determinada dolencia. En este sentido, esta palabra no debe ser confundida con la noción de nosología, que consiste en la descripción y la sistematización del conjunto de males que pueden afectar al hombre.

Holm (1996) Menciona patologías de mayor frecuencia en pacientes hospitalizados de edad adulta: Lesiones de partes blandas: Enfermedades infecciosas, Enfermedades con base inmunológica, Lesiones traumáticas y en particular paraprotéticas, Lesiones cancerizables, Cáncer de partes blandas; Enfermedades infecciosas: Virósicas (herpes zoster) y Micóticas (candidiasis o candidosis).

**Indicadores de salud.** - EPI CENTRO de la Universidad Católica y la OMS (2001)  
Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas.

La Organización Mundial de la Salud los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios". Ellos son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad. En consecuencia, sin ellos tendríamos dificultades para efectuar comparaciones.

Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Si se está evaluando un programa para mejorar las condiciones de salud de la población infantil, se puede determinar los cambios observados utilizando varios indicadores que revelen indirectamente esta modificación. Indicadores posibles de utilizar pueden ser el estado de nutrición (por ejemplo, peso en relación con la estatura), la tasa de inmunización, las tasas de mortalidad por edades, las tasas de morbilidad por enfermedades y la tasa de discapacidad por enfermedad crónica en una población infantil.

Algunos indicadores pueden ser sensibles a más de una situación o fenómeno.

Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es indicador del estado de salud de la población sensible también para evaluar el bienestar global de una población.

Sin embargo, puede no ser específico respecto de ninguna medida sanitaria determinada porque la reducción de la tasa puede ser consecuencia de numerosos factores relacionados con el desarrollo social y económico. Los indicadores de salud y relacionados con la salud, con frecuencia utilizados en diversas combinaciones, se emplean en particular para evaluar la eficacia y los efectos. Un indicador ideal debe tener atribuciones científicas de validez (debe medir realmente lo que se supone debe medir), confiabilidad (mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores similares del mismo indicador), sensibilidad (ser capaz de captar los cambios) y especificidad (reflejar sólo cambios ocurridos en una determinada situación).

Un indicador requiere siempre del uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en su construcción e interpretación.

Las principales fuentes de datos universalmente propuestas para el cálculo de indicadores usados en salud pública son:

- Registros de sucesos demográficos (registro civil).
- Censos de población y vivienda (1992, 2002).
- Registros ordinarios de los servicios de salud.
- Datos de vigilancia epidemiológica.
- Encuestas por muestreo (encuestas poblacionales).
- Registros de enfermedades.
- Otras fuentes de datos de otros sectores (económicos, políticos, bienestar social).

## **2.2. Marco institucional o legal.**

a) Ley N° 26842, Ministerio de Salud (2016) Ley General de Salud. En términos generales refiere que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, la protección de la salud es de interés público siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable. Concluyendo que en los casos que, por ausencia de familia, la persona se encuentre desprotegida, el Estado deberá asumir su protección.

b) Ley N° 28803, Ley de las Personas Adultas Mayores. Publicación del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2006) Indica que la familia tiene el deber de cuidar la integridad física, mental y emocional de los adultos mayores, en general, brindarles el apoyo necesario para satisfacer sus necesidades básicas, mientras que El estado establece, promueve y ejecuta medidas administrativas, legislativas y jurisdiccionales que sean necesarias para asegurar el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores. Toda persona adulta mayor tiene derecho a la protección efectiva del Estado para el ejercicio o defensa de sus derechos.

### **2.3. Marco referencial (conceptual)**

- **Pacientes abandonados o Abandono de personas:** El diccionario boliviano Lexi Vox (2011) Desamparo en que se deja a una persona con peligro para su integridad física en circunstancias que no le permiten proveer a su propio cuidado. Se produce con frecuencia inusitada en especial en “nosocomios” o “instituciones” médicas de alta complejidad y rotatividad profesional.

- **Paciente:** Para la Portal Comunitaria internacional (2016). El paciente designa a un individuo que es examinado medicamentado o al que se administra un tratamiento. Proviene del verbo latino "pati", que quiere decir "el que sufre": el paciente es, pues, una persona que es curada. El término paciente se puede declinar de varias maneras. Se le llama "sujeto" en las investigaciones. Los anglosajones hablan más a menudo de "clientes". Una nueva terminología está tomando importancia progresivamente: "actiente". Esta palabra sería la contracción

de "acción" y de "paciente". Se utiliza para hablar de personas que practican la automedicación.

- **Abandono:** Para el Diccionario ABC (2016) La noción de abandono hace referencia al acto de dejar de lado o descuidar cualquier elemento, persona o derecho que se considere posesión o responsabilidad de otro individuo. El abandono puede ser utilizado en el ámbito legal o en diferentes espacios y situaciones de la vida cotidiana, conllevando algunos de los posibles abandonos mayor gravedad que otros.

- **Abandono familiar:** Diccionario de ALEGSA (2016) es el delito en que incurre el padre, tutor o marido que sin causa justificada deja de prestar a su familia la asistencia tanto material como moral a que está obligado. Para que sea delito se requiere un abandono malicioso del domicilio familiar o que la falta de asistencia sea debida a la conducta desordenada del sujeto.

- **Trabajador Social:** Según la portal de Ciencias Sociales de la UNFV (2016) Es un profesional Comprometido con su realidad Social, tiene conocimiento, dominio metodológico, teoría e instrumental que le permite propiciar la promoción de la persona, familia, grupo y comunidad en el cumplimiento de su gama funcional que realiza, y como investigador, capacitar, educar y otras responsabilidades profesionales de la especialidad teniendo como objetivo el desarrollo humano el Bienestar Social de la población.

-**Hospitalizado:** Para *TheFreeDictionary* es el ingreso en un hospital de una persona enferma o herida para su examen, diagnóstico y tratamiento. La seguridad

del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. Cientos de millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo. Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal. En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente.

- **Hospital:** Para la Fundación Wikimedia un hospital o nosocomio es un establecimiento sanitario donde se disponen de la prestación de servicios de profesionales médicos, de enfermería y otros relacionados 24 horas, todos los días del año. Un hospital brinda atención médica o quirúrgica a pacientes en fase de convalecencia, periodo crítico o cuidados paliativos, según el caso. Para lo cual dispone de medios diagnósticos y terapéuticos necesarios. El Ministerio de Sanidad y política social de Madrid y la OECD (2009) Las hospitalizaciones en adultos mayores conllevan a múltiples problemas, se ha descrito que estas pueden provocar deterioro en la funcionalidad del paciente, llevando así a la dependencia funcional y a nuevas hospitalizaciones posteriores, en algunos casos con enfermedades más severas y difíciles de tratar. No se cuenta, en realidad, con una definición estándar de rehospitalización.

- **Diagnóstico social:** La Fundación Wikimedia (2016), el diagnóstico social debe señalar los núcleos de intervención sobre los que se va a actuar susceptibles de modificaciones, y que precisan de una actuación profesional programada para su transformación. En síntesis, lo que se propone para la realización del diagnóstico es que, utilizando los conocimientos ya adquiridos y la experiencia práctica, se llegue a una visión de los problemas, su naturaleza, su magnitud y, de esta manera, poder plantear una acción adecuada y asegurar la eficacia y racionalidad de la acción.

- **Patología:** Pérez y Gardey (2008) La patología, dicen los expertos, se dedica a estudiar las enfermedades en su más amplia aceptación, como estados o procesos fuera de lo común que pueden surgir por motivos conocidos o desconocidos. Para demostrar la presencia de una enfermedad, se busca y se observa una lesión en sus niveles estructurales, se detecta la existencia de algún microorganismo (virus, bacteria, parásito u hongo) o se trabaja sobre la alteración de algún componente del organismo.

- **Grupo etáreo:** ASALE (2016) Dicho de varias personas que tienen la misma edad. Pertenece o relativo a la edad de una persona. Período etario. Franja etaria.

PAHO e INEI (2016) Al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%). Estas cifras confirman que, en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que



significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. El índice de feminidad, muestra que hay 114 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 141 en la población femenina de 80 y más años de edad. Cerca del 40% de los hogares tienen al menos un adulto mayor. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2014, el 39,1% de los hogares lo integra algún adulto mayor de 60 y más años de edad y en el 8,1% de los hogares vive alguno de 80 y más años de edad. Según lugar de residencia, se aprecia que en Lima Metropolitana los hogares con adultos mayores alcanzaron el 40,6%, en el área urbana 36,4% y en la zona rural 42,0%. Es necesario destacar que, en muchos hogares los adultos mayores constituyen una pieza fundamental para su funcionamiento. De acuerdo con la ENAH del 2014, el 33,4% de los hogares peruanos son conducidos por un adulto mayor. En Lima Metropolitana este porcentaje alcanzó el 34,3% y en el área rural el porcentaje de familias con un jefe adulto mayor se incrementó a 37,0%.

En el área rural 81 de cada 100 adultos mayores tienen seguro de salud. En el trimestre abril-mayo-junio 2015, el 80,5% de los adultos mayores del área rural está afiliado a algún tipo de seguro de salud; mientras que en el área urbana y Lima Metropolitana este porcentaje alcanzó el 76,3% y 76,4%, respectivamente. Cabe precisar que, en el año 2014, la proporción de adultos mayores que tenían seguro de salud representó el 75,5% a nivel nacional.

A nivel nacional, 39 de cada 100 adultos mayores tienen Seguro Integral de Salud. Según el tipo de Seguro de Salud, al segundo trimestre de 2015, el 38,5% de los adultos mayores cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS), 34,7% están afiliados

a EsSalud y 4,2% a otro tipo de seguro de salud. El 39% de los adultos mayores son hipertensos. Según resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES del año 2014, el 39,4% de los adultos mayores sufren de hipertensión. Según género, del total de mujeres y hombres adultos mayores, el 38,2% y 40,9%, respectivamente, son hipertensos. El 72,8% de los adultos mayores con diabetes tienen tratamiento. Según la ENDES del 2014, el 72,8% de los adultos mayores que padecen diabetes cuentan con tratamiento médico; mientras que el 27,2% no tiene tratamiento. Según sexo, el 79,5% de las mujeres y el 63,8% de los hombres, que padecen de diabetes, tienen tratamiento. El 18% de adultos mayores tienen cataratas. Según la ENDES, durante el 2014, el 17,9% de los adultos mayores (60 y más años de edad) fueron diagnosticados con cataratas, de los cuales 16,3% eran hombres y 19,4% mujeres. Según grupos de edad, el 33,1% tienen de 80 y más años, 24,8% de 75 a 79 años, 17,8% de 70 a 74 años. 12,9% de 65 a 69 años y 10,9% de 60 a 64 años de edad.

- **Indicador de salud:** Para la Organización Mundial y Panamericana de la Salud (2001). Es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada.”

En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla.

## 2.4 Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Pacientes abandonados	Desamparo en que se deja a una persona con peligro para su integridad física en circunstancias que no le permiten proveer a su propio cuidado. Se produce con frecuencia inusitada en especial en “nosocomios” o “instituciones” médicas de alta complejidad y rotatividad profesional	<p>Pacientes abandonados</p> <p>Pacientes no abandonados</p>	<p>Edad</p> <p>Indicadores de Salud</p> <p>Patología</p> <p>Diagnóstico Social</p> <p>Abandono familiar</p>	<p>1) 50-59 años 2) 60-69 años 3) 70-79 años 4) <math>\geq</math> 80 años</p> <p>1) Sanidad FAP 2) Sanidad PNP 3) Convenios 4) Inclusión Social 5) Otros</p> <p>1) Artritis 2) Hipertensión 3) Asma 4) Reumatismo 5) Diabetes 6) VIH 7) Colesterol 8) Otros</p> <p>1) Abandono social 2) Ruptura familiar 3) Pobreza coyuntural 4) Pobreza de bajos recursos económicos 5) Pobreza extrema</p> <p>1) Familiar 2) Vecino (a) 3) Paciente 4) Otro</p>

## Capítulo 3

### Método

#### 3.1. Diseño y tipo de investigación

- **Diseño.** - De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista, la investigación es no experimental, porque no manipula la variable de estudio, sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlo.

- **Tipo de estudio.** - Aplicada, porque nos permitirá identificar problemas sobre los que se debe intervenir como para definir las estrategias de solución.

- **Nivel de estudio.** - De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista Es descriptivo – de corte transversal porque describimos un hecho, una realidad a estudiar tal como se presenta en un espacio y tiempo determinado busca especificar las propiedades características, perfiles de personas grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se somete a un análisis.

- **Enfoque Cuantitativo.** - Porque nos va permitir obtener datos susceptibles de ser cuantificado.

#### 3.2. Participantes

a. **Población.** - La población del estudio está definida por el total de pacientes hospitalizados en el Pabellón II del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, desde el mes de octubre del 2015 a marzo del presente año.

**b. Tamaño de la Muestra.** - La información del tamaño muestral son 50 pacientes hospitalizados en el pabellón 2 de medicina, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

**c. Tipo de muestreo.** - La muestra será probabilística y estratificada.

**d. Unidad de estudio.** - Paciente hospitalizado en el Pabellón II de medicina.

**e. Criterios de inclusión.** - Todos los pacientes hospitalizados de sexo masculino con diagnóstico médico y social.

Pacientes hospitalizados desde el mes de marzo del 2015 a octubre del 2016.

Pacientes que fueron ingresados a hospitalización del servicio de medicina.

**f. Criterios de exclusión.** - Pacientes de sexo femenino.

Pacientes hospitalizados fuera de la fecha de estudio.

Pacientes que ingresaron por el servicio de emergencia.

### **3.3 Instrumentos**

Los datos se recolectarán mediante los siguientes instrumentos:

**a. El instrumento a usar será el formulario AD HOC de elaboración propia,** empleando la técnica de encuesta, entrevista para recoger información del paciente, conteniendo la ficha socioeconómico familiar que maneja el Departamento de Servicio Social.

**b. Validez y Confiabilidad del Instrumento (Tamayo 2003)**

b.1) La validez y confiabilidad del formulario Ad hoc, se llevará a cabo mediante el juicio de 3 expertos o jueces, a través de un proceso de seis pasos, para efectuar al final el análisis bimodal (b), en la matriz de Análisis, de las respuestas de los jueces, con la siguiente fórmula:

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

$$T_a + T_d$$

Donde:

b= Prueba binomial, que averigua el grado de concordancia significativa.

T<sub>a</sub>= N° total de acuerdos de los jueces.

T<sub>d</sub>= N° total de desacuerdos de los jueces.

b.2) La confiabilidad del Formulario Ad hoc, se aplicará Alfa de Crombach para reactivos politómicos, cuya fórmula es:

Donde:

α = coeficiente Alfa de Crombach

k= N° de ítems utilizados para el cálculo

S<sub>i</sub><sup>2</sup>= varianza de cada ítem

S<sub>t</sub><sup>2</sup>= varianza total del ítem

b.3) Los resultados de la Validez y Confiabilidad del instrumento, se adjuntarán en los Anexos de la tesis.

### **c. Procedimientos de recolección, serán:**

- Autorización de la Dirección del Hospital y la Jefatura del Servicio de Medicina y áreas comprometidas con el estudio para poder intervenir y recoger los datos.
- Tiempo de recojo de acuerdo al cronograma de actividades, para ejecutar el estudio durante el año 2015-2016.
- Procesos seguidos durante la recolección.
- Trámites de aprobación de la validez y confiabilidad del instrumento.
- Cuidado y consolidación de los datos recolectados en el Formulario Ad Hoc.
- Capacitación del personal participante.
- Coordinación interna con el personal que interviene en el estudio y externa con las autoridades pertinentes.

### **3.4. Procedimiento**

Se consideran las siguientes fases:

- a. Revisión de los datos, para examinar en forma crítica cada uno de los formularios Ad hoc, a fin de hacer las correcciones necesarias. Se realizará inmediatamente después de su recolección para asegurar que todos hayan sido llenados adecuadamente (primer control de calidad) y durante el procesamiento de los datos para que no haya errores ni contradicciones (segundo control de calidad).

b. Codificación de los datos: Después de la pre-codificación en la etapa de recolección, es importante elaborar un sistema de códigos, transformando los datos en códigos numéricos, de acuerdo a la respuesta esperada en cada variable estudiada, según la Escala de valoración.

c. Clasificación de los datos: Se hará por categorías de acuerdo a la respuesta de la variable.

d. Procesamiento de los datos: Se efectuará también la Base de datos del estudio como recuento de los datos, a través del software SPSS, versión 19.



## Capítulo 4

### Resultados

#### 4.1 Datos generales de pacientes abandonados en el pabellón II del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

##### 1. Análisis de datos generales de los pacientes

Tabla 1: Población total

Pacientes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Pacientes	- 50	100%	100%
hospitalizados del	-		
Pabellón II	-		

La población de estudio de los pacientes hospitalizados en el pabellón II del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, constituyen 50 conformado por varones, haciendo el 100%.

Tabla 2: Distribución de la población según edad

<b>EDAD</b>	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
50-59 años	10	20	20	20
60-69	10	20	20	40
70-79	17	34	34	74
80 años a más	13	26	26	100
Total	50	100	100	

## 2. Población según edad

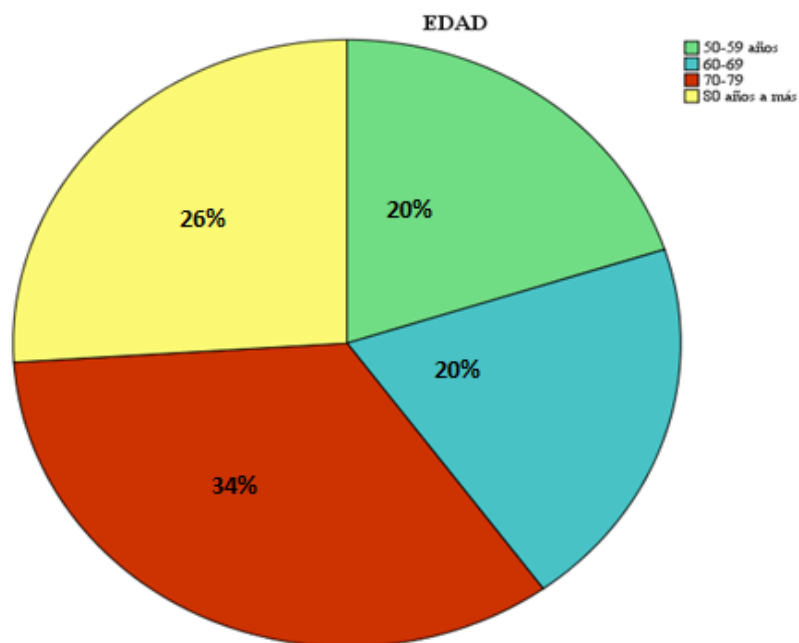
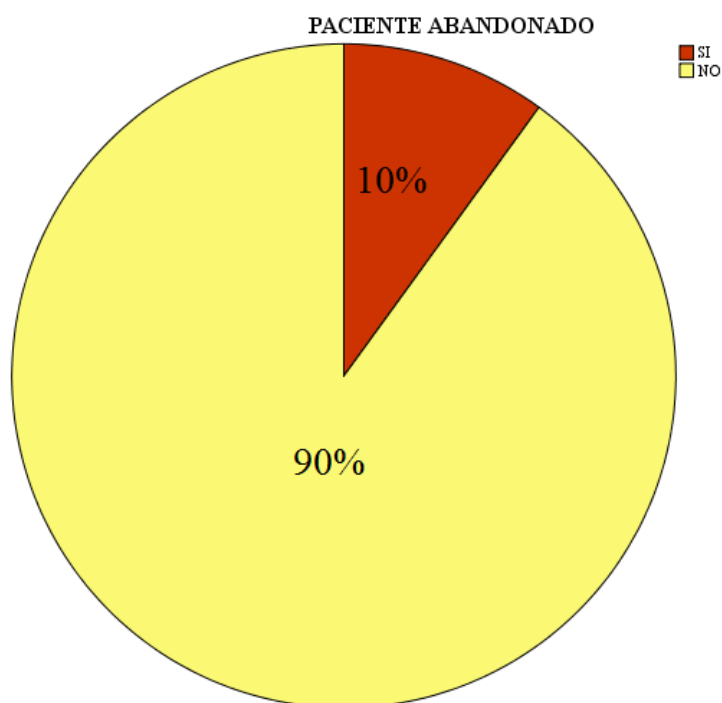


Figura 1: El 34% de la población en estudio según la edad es de 79 a 79 años siendo la de mayor representatividad.

#### 4.2. Prevalencia de pacientes abandonados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2016.

Tabla 3: Prevalencia de pacientes abandonados en el servicio de medicina interna según evaluación

<b>PACIENTE ABANDONADO</b>	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido
SI	5	10	10
NO	45	90	90
Total	50	100	100



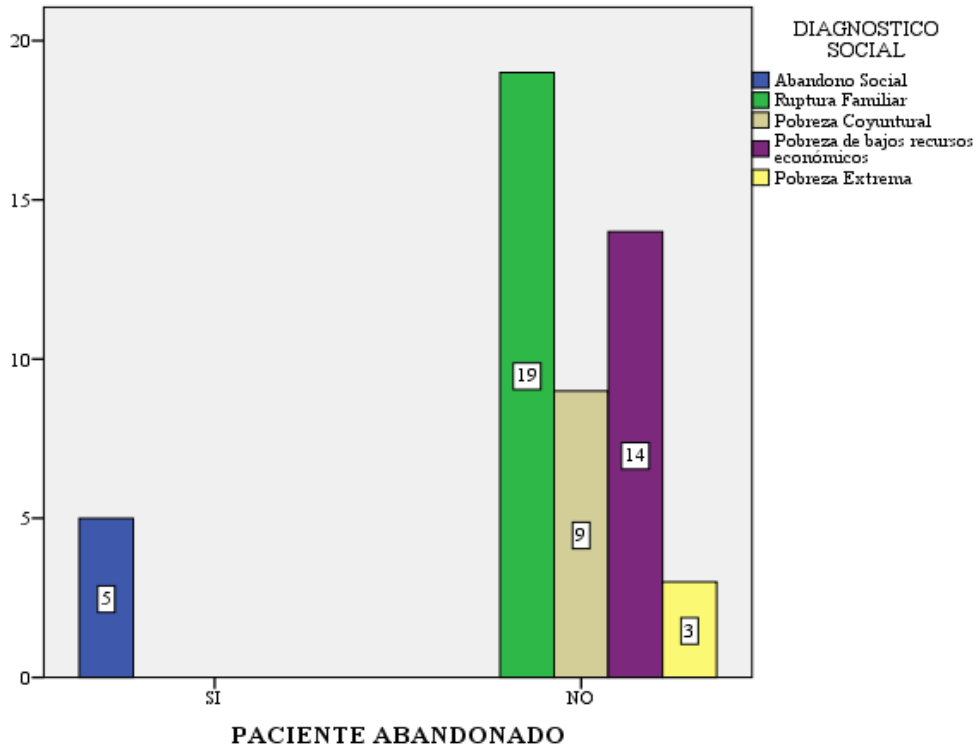
**Figura 2:** Prevalencia de pacientes abandonados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2016.

Interpretación: En la tabla 03 y figura 02 se observa que existe un 10% (5) de la población total evaluada en estado de abandono familiar social y el 90% (45) está siendo acompañado por algún familiar. Indicando que en Hospital Nacional Arzobispo Loayza existen pacientes hospitalizados con indicación alta médica.

#### 4.3. Resultados de pacientes abandonados según el diagnóstico social

**Tabla 4:** Resultado del total de pacientes según el diagnóstico social en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

<b>DIAGNOSTICO SOCIAL</b>		Abandono Social	Ruptura Familiar	Pobreza Coyuntural	Pobreza de bajos recursos económicos	Pobreza Extrema	
<b>PACIENTE ABANDONADO</b>	SI	5	0	0	0	0	5
	NO	0	19	9	14	3	45
Total		5	19	9	14	3	50



**Figura 3:** Pacientes según el diagnóstico social en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Interpretación: En la tabla 04 y figura 03 se observa que existe un total de 38% (19) de pacientes hospitalizados con diagnóstico social ruptura familiar, 28% (14) de pacientes hospitalizados con diagnóstico social pobreza de bajos recursos económicos, 18% (9) de pacientes hospitalizados con diagnóstico social pobreza coyuntural, 10% (5) de pacientes hospitalizados con diagnóstico social abandono social y 6% (3) de pacientes hospitalizados con diagnóstico social pobreza extrema.

**Tabla 5:** Pacientes abandonados según el diagnóstico social en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

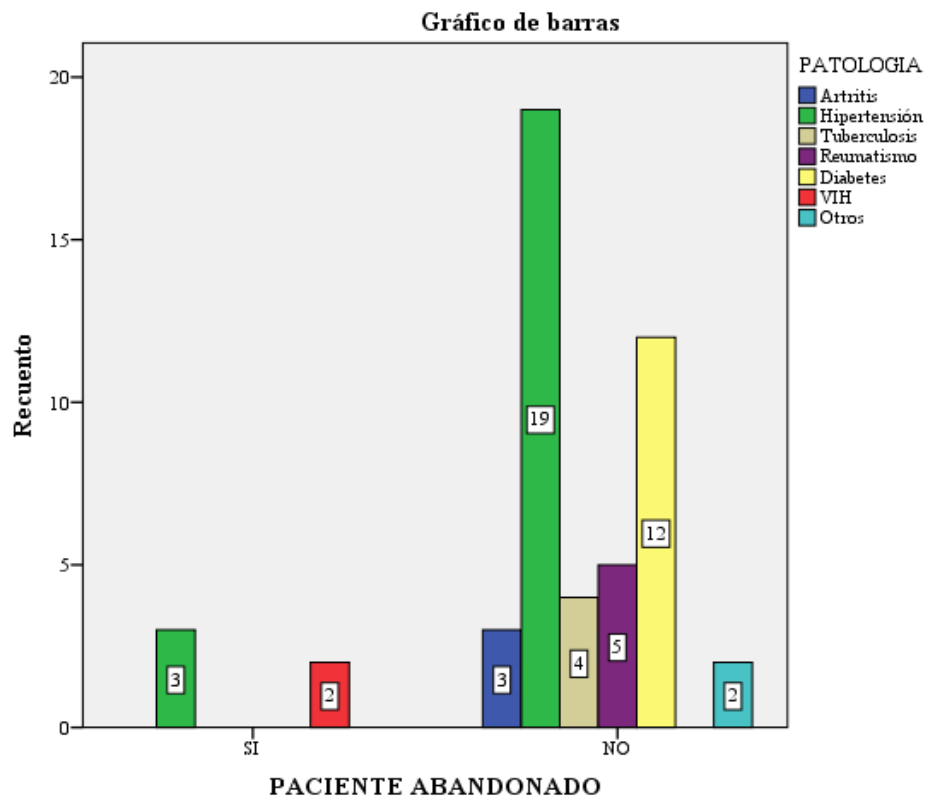
DIAGNOSTICO SOCIAL		Ruptura Familiar	Pobreza Coyuntural	Pobreza de bajos recursos económicos	Pobreza Extrema	%
	1	1	1	1	1	100
	1	1	1	1	0	70
Total	1	1	0	1	0	70
de	1	1	1	1	0	70
pacientes abandonados	1	1	1	0	0	10
	5					

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla 5 se observa que existe un total de 10% (5) de pacientes hospitalizados abandonados diagnóstico social abandono social, la cual sus familiares y entorno dejaron al paciente en el nosocomio, entre ellos pacientes con alta médica. Se evidencia notablemente que el 90% de pacientes abandonados presentan más de un diagnóstico social siendo la ruptura familiar y pobreza las que se dan con frecuencia.

**Tabla 6:** Resultado de identificar el número de pacientes abandonados según la patología en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

PATOLOGIA		Artritis	Hipertensión	TBC	Reumatismo	Diabetes	VIH	Otro	
PACIENTE	SI	0	3	0	0	0	2	0	5
ABANDONADO	NO	3	19	4	5	12	0	2	45
Total		3	22	4	5	12	2	2	50



**Figura 4:** Pacientes abandonados según la patología en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

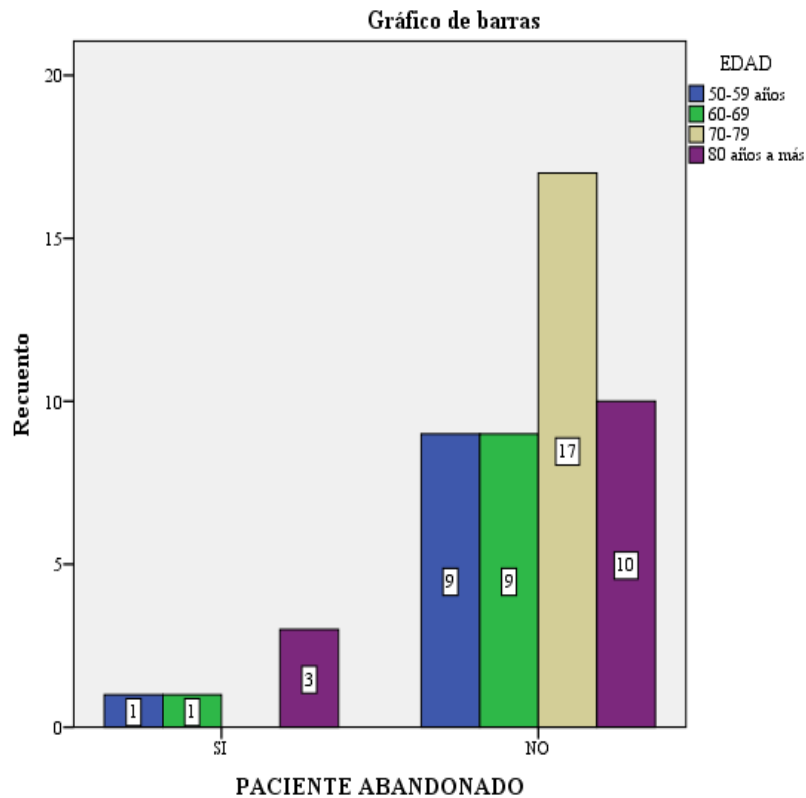
Interpretación: En la tabla 5 y figura 4 se observa que existe un total de 44% (22) de pacientes hospitalizados con diagnóstico de patología hipertensión, 24% (12) de pacientes hospitalizados con diagnóstico de patología diabetes, 10% (5) de pacientes hospitalizados con diagnóstico de patología reumatismo, 8% (4) de pacientes hospitalizados con diagnóstico de patología tuberculosis, 6% (3) de pacientes hospitalizados con diagnóstico de patología artritis, 4% (2) de pacientes hospitalizados con diagnóstico de patología virus de la inmunodeficiencia humana y 4% (2) de pacientes hospitalizados con diagnóstico de otras patologías.

En la tabla 6 se encuentra que los pacientes hospitalizados abandonados el 60% (3) tienen diagnóstico de patología hipertensión y el 40% (2) tienen diagnóstico de patología virus de la inmunodeficiencia humana.

**Tabla 7:** Resultado de identificar el número de pacientes abandonados según grupo etáreo en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

<b>EDAD</b>		50-59	60-69	70-79	80 años a	Total
		años			más	
PACIENTE	SI	1	1	0	3	5
ABANDONADO	NO	9	9	17	10	45
Total		10	10	17	13	50





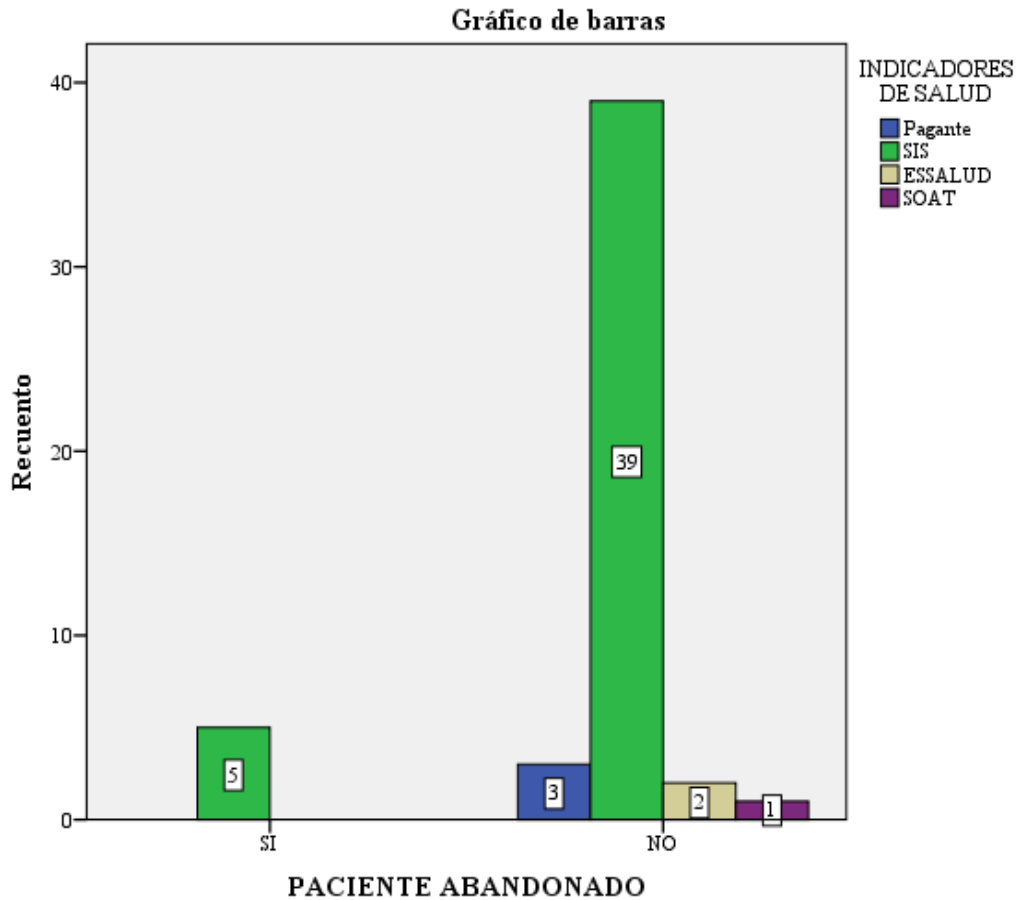
**Figura 5:** Pacientes abandonados según grupo etáreo en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Interpretación: En la tabla 7 y figura 5 se observa que existe un total de 34% (17) de pacientes hospitalizados con el rango de edad 70-79 años, 26% (13) de pacientes hospitalizados con edad de 80 años a más, 20% (10) de pacientes hospitalizados con el rango de edad 60-69 años, 20% (10) de pacientes hospitalizados con el rango de edad 50-59 años.

Se encuentra que los pacientes hospitalizados abandonados el 60% (3) tienen 80 años a más siendo de mayor prevalencia y el 40% (2) tienen de 50 a 69 años de edad.

**Tabla 8:** Resultado de identificar el número de pacientes abandonados según indicadores de salud en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

INDICADORES DE SALUD						Total
		Pagante	SIS	ESSALUD	SOAT	
PACIENTE	SI	0	5	0	0	5
ABANDONADO	NO	3	39	2	1	45
Total		3	44	2	1	50



**Figura 6:** Pacientes abandonados según indicadores de salud en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Interpretación: En la tabla 8 y figura 6 se observa que existe un total de 88% (44) que son pacientes hospitalizados con indicador de salud Sistema Integrado de Salud – SIS, 6% (3) que son pacientes hospitalizados con indicador de salud Pagante, 4% (2) que son pacientes hospitalizados con indicador de salud Seguro social de Salud del Perú - EsSalud y 2% (1) que son pacientes hospitalizados con indicador de salud convenio del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT.

Se encuentra que los pacientes hospitalizados abandonados el 100% (5) tienen en su totalidad el indicador de salud Sistema Integrado de Salud – SIS.

## Capítulo 5

### 5.1 Discusión

**Patiño y Eyamí (2015)**, en su investigación “Abandono del adulto mayor enfermo por parte de su familia, en el Hospital San Juan de Dios, E.S.E, de Armenia, Quindío, Colombia” y según los resultados estadísticos obtenidos, refiere que los adultos mayores del Hospital San Juan de Dios de Armenia son abandonados y presentan gran porcentaje de vulnerabilidad por parte de sus familiares por las siguientes causas: abandono, que se hace evidente en los espacios prolongados de soledad, sumado a esto las condiciones de pobreza de la mayoría de las personas que acuden a los servicios de hospitalización. Concluyen que los adultos mayores enfermos abandonados son en su mayoría hombres, con un 16.6%, posiblemente por rechazo de su prole o situaciones del pasado. Concordando con nuestra investigación que debido a que a cierta edad las personas son vulnerables a ser abandonados por sus familiares, debido a factores como la edad, el diagnóstico social, patológico, económico. Teniendo el hospital que albergar a pacientes con alta médica. En la cual el trabajador social es quien va gestionar los recursos que garantizan la continuidad de la asistencia, siendo el intermediario entre la institución y el paciente.

**Delgado (2012)**, en su investigación “Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; centro del buen vivir MIES FEDHU-2012”, Ecuador. La investigación ha sido estructurado pensando en los adultos mayores están inmersos dentro de la problemática del abandono familiar, la cual aún se hace evidente en

nuestra cultura; viendo esto comienza a ser necesario caracterizar la incidencia de dicho problema en las conductas sociales de los adultos mayores y de los análisis de resultados se hace evidente que los adultos mayores que hacen parte de la problemática, el abandono familiar, impacta de forma directa sobre el sistema de pensamiento y conducta. Concordando con nuestra investigación que los pacientes de mayor edad son abandonados por sus familiares en nosocomios, en la cual el nosocomio se hace cargo del paciente, quien muchas veces termina viviendo en los pabellones del mismo. El trabajador social hace los esfuerzos necesarios para lograr que la familia acoja nuevamente al paciente y además hace frente a los problemas y gestiona el apoyo en coordinación con el equipo de salud coordinando los recursos, también asesora al paciente ayudándolos en situaciones complejas.

**Naranjo y Porras (2008)**, en su investigación “La intervención de Trabajo Social en la atención de personas adultas en condición de abandono, en el Hospital San Juan de Dios”, Costa Rica. Resume que la intervención del Trabajo Social en las diversas manifestaciones de la cuestión social, está inmersa en un contexto cambiante que transforma los procesos de trabajo realizados desde los escenarios en los que se desenvuelven los (as) trabajadores (as) sociales. En el ámbito de la salud se manifiesta la situación de abandono en diferentes grupos poblacionales, siendo en personas adultas, una condición multifactorial donde se conjugan aspectos a nivel personal, familiar, social, político y económico, donde Trabajo Social interviene para la búsqueda de mejores condiciones de vida para estas personas. Se destaca el liderazgo que el Servicio de Trabajo Social ejerció en la visualización de la situación de abandono en los hospitales nacionales, a través de

su participación en acciones como el “Foro Intersectorial Construyendo Políticas de Concertación para la Población en Situación de Abandono en los Hospitales Nacionales de la CCSS”, donde se inició un proceso de sensibilización y de otros actores institucionales en la búsqueda de alternativas para esta población. Concordando con los resultados de nuestra investigación debido a que los familiares dejan al paciente hospitalizado y no vuelven más, evitando responsabilidad alguna. Teniendo el hospital que hacerse cargo del paciente, es por ello que la labor que ejerce el Trabajador Social es de vital importancia ya que busca alternativas para solucionar los problemas, interviene constantemente y es quien busca el acercamiento familiar.

**Zúñiga et al. (2012)**, en su investigación “Percepción del Adulto Mayor Hospitalizado en Cuanto al Abandono por sus Familiares”, México. Resume que en los adultos mayores, se presentan mayores necesidades de atención de enfermería y de su grupo familiar.

El adulto mayor se percibe abandonado tanto por sus características físicas, como económicas y sociales, tanto en el hogar como en el hospital. Concordando con nuestra investigación que los hospitales brindan un trato igualitario a los pacientes hospitalizados al margen del diagnóstico social, médico y familiar, siendo el trabajador social el encargado de desarrollar estrategias para la resolución de problemas, buscando la mejor calidad de vida del paciente.

## 5.2. Conclusiones

1. De acuerdo al objetivo planteado se encontró que de 50 pacientes hospitalizados evaluados existe un 10% (5) de la población total evaluada en estado de abandono familiar social y el 90% (45) está siendo acompañado por algún familiar. De acuerdo al análisis y resultados se evidencia que en Hospital Nacional Arzobispo Loayza existen pacientes hospitalizados con indicación alta médica.
2. Se evidencia notablemente que el 90% de pacientes abandonados presentan más de un diagnóstico social siendo la ruptura familiar y pobreza las que se dan con frecuencia.
3. Los pacientes hospitalizados abandonados el 60% (3) tienen diagnóstico de patología hipertensión y el 40% (2) tienen diagnóstico de patología virus de la inmunodeficiencia humana.
4. Se encuentra que los pacientes hospitalizados abandonados el 60% (3) tienen 80 años a más siendo de mayor prevalencia y el 40% (2) tienen de 50 a 69 años de edad.
5. Se encuentra que los pacientes hospitalizados abandonados el 100% (5) tienen en su totalidad el indicador de salud Sistema Integrado de Salud – SIS.
6. Las personas son vulnerables a ser abandonados por sus familiares, debido a factores como la edad, el diagnóstico social, patológico, económico. Teniendo el hospital que albergar a pacientes con alta médica. Siendo de mayor prevalencia los pacientes de edad avanzada.



### **5.3. Recomendaciones**

1. Es importante que desde la etapa del internamiento se concientice al familiar para que interiorice la importancia que de estar al lado de su familiar durante el periodo de enfermedad.
2. Realizar convenios y desarrollar estrategias con el Ministerio de Desarrollo y Poblaciones Vulnerables MINDES y otras instituciones con el cruce respectivo de información para el apoyo en el manejo de pacientes en estado de abandono.
3. A nivel institucional se debe trabajar con instituciones nacionales para el alojamiento del paciente abandonado por sus familiares y puedan liberar las camas hospitalarias y dar pase a pacientes con necesidad de internarse para ser operados o con alguna dolencia que necesitan ser hospitalizados.
4. Condicionar lugares de reposo para aquellos pacientes que a pesar de tener alta médica no tienen un lugar a donde ir y muchos de ellos olvidados por sus familiares, evitando así ocupar camas de internamiento en el Hospital.
5. Brindar el apoyo respectivo a los trabajadores sociales debido a que tienen una ardua labor que en la mayoría de casos tiene que recorrer casi a diario las casas de pacientes hospitalizados abandonados por sus familiares, para que puedan hacerse cargo de su familiar en muchas ocasiones la familia no responde al llamado y son los hospitales quienes se hacen cargo de los pacientes abandonados, varios de ellos con orden de alta médica.

## Referencias bibliográficas

1. ASALE, R. (2016). Diccionario de la lengua española. España. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=H3N3Qsf>
2. Asociación REA. Diccionario Jurídico para Menores. (2006). Recuperado de: [http://www.asociacionrea.org/marco\\_legal/diccionario\\_juridico\\_menores.pdf](http://www.asociacionrea.org/marco_legal/diccionario_juridico_menores.pdf).
3. Banco Mundial. (2006). Motores de crecimiento rural sostenible y reducción de la pobreza en Centroamérica. Estudio caso de Nicaragua. Documento de trabajo N° 23. Banco Mundial, Proyecto Ruta. Recuperado de: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Documentos-de-Trabajo/2013/documento-de-trabajo-13-2013.pdf>
4. Colomer, M. (1979). Método de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social, Vol.7, Pg.20 –30.
5. Comunitario Internacional CCM Salud (2016). Paciente - Definición. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/15489-paciente-definicion>
6. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. (2002). Recuperado de: <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
7. Delgado J. (2012) Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; centro del buen vivir MIES FEDHU-2012, Ecuador. Previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica. Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad de Guayaquil. Ecuador Recuperado de:

[http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6456/2/TESIS\\_COMPLETA\\_JESSICA.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6456/2/TESIS_COMPLETA_JESSICA.pdf) Diccionario ABC (2016). Definición de Abandono [versión electrónica]. Recuperado de: <http://www.definicionabc.com/general/abandono.php>

8. Diario Correo. (2013). Existen 373 pacientes abandonados en hospitales de Lima.

Perú. Recuperado de: <http://diariocorreo.pe/ciudad/existen-373-pacientes-abandonados-en-hospita-80948/>.com

9. Diccionario de ALEGSA (2016) Español, D. & Familia (2016) A. Qué significa Abandono De Familia (derecho). Definiciones-de.com. Recuperado de: [http://www.definiciones-de.com/Definicion/de/abandono\\_de\\_familia.php](http://www.definiciones-de.com/Definicion/de/abandono_de_familia.php)

10. Diccionario legal. LexiVox Bolivia. (2011). Recuperado de:

[http://www.lexivox.org/packages/lexml/mostrar\\_diccionario.php?desde=A&hasta=Abigeato&lang=es](http://www.lexivox.org/packages/lexml/mostrar_diccionario.php?desde=A&hasta=Abigeato&lang=es)

11. Escartín M. et al. (1997). Introducción al Trabajo Social. Trabajo Social con individuos y familias. Alicante: Aguaclara.

12. EPI-CENTRO. Pontificia Universidad Católica de Chile. (2001) Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/insIntrod6.htm>.

13. EUMED Enciclopedia Virtual Conceptualización De La Pobreza (2016). España. Recuperado de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008a/382/CONCEPTUALIZACION%20DE%20LA%20POBREZA.htm>

14. Ezequiel, A. (1995). Diccionario de Trabajo Social. Diccionario del trabajo social.

Buenos Aires: lumen. Recuperado de:

[http://www.academia.edu/7533518/Diccionario\\_de\\_Trabajo\\_Social](http://www.academia.edu/7533518/Diccionario_de_Trabajo_Social)

15. Fundación Casa-alianzamexico.org. Abandono Social – Casa Alianza. (2016) México.

Recuperado de: <http://casa-alianzamexico.org/abandono-social/>

16. Fundación Wikimedia, Inc. Diagnóstico social. (2017). Bogotá [versión electrónica].

Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico\\_social](https://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico_social)

17. Fundación Wikimedia, Inc. Hospital. Bogotá. Recuperado

de:<https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital>

18. Fuentes I. y García A. (2003). Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. México. Revista del Hospital General “La Quebrada”. Vol. 2, No. 1.

Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quebra/lq-2003/lq031g.pdf>

19. Galarza J. y Solano N. (2010). Ruptura familiar. Ecuador [versión electrónica].

Recuperado de:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2207/1/tps709.pdf>

20. Guerrini N. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social, Argentina.

Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf>

21. Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor

(2013). México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/057GER.pdf>

22. Gutiérrez G. (2005). Monografias.com Abandono de la tercera edad en la familia. Chile. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos25/abandono-tercera-edad/abandono-tercera-edad.shtml>
23. Hernández E. et al. (2011). Caracterización del Adulto Mayor con Síndrome de Abandono, Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Guatemala. Recuperado de: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8823.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8823.pdf)
24. Hernández, R., et al. (2014). Metodología de la investigación México, D.F., México: McGraw-Hill Interamericana. (6a ed.).
25. Herráiz E. y De Castro, P. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: Necesidades sociales básicas/Social Cuadernos de Trabajo Social, España 26(2), 431.
26. Holm P. et al. (2015) *Text. Book of Geriatric Dentistry*. Tercera edición. Ed. Wiley Blackwell. Estados Unidos.
27. Hospitalización. TheFreeDictionary.com. (2016). Estados Unidos [versión electrónica]. Recuperado de: <http://es.thefreedictionary.com/hospitalizaci%C3%B3n>
28. Instituto de Información Sanitaria (2010). Ministerio de Sanidad y Política Social, Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud: Indicadores clave del sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, España.
29. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2016). Perú. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/.com>

30. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2015). Perú. Recuperado de:  
<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
31. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2010). Evolución de la pobreza monetaria 2009-2015. Perú. Recuperado de:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1347/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1347/libro.pdf)
32. Martínez. (2016). Miles de ancianos abandonados a su suerte. Perú. Recuperado de:  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:sYD95muckPsJ:www.teinteresa.es/espana/miles-ancianos-abandonados-canarias-camas-hospital->
33. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2006) Perú. Recuperado de:  
[https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley\\_28803\\_Ley\\_del\\_Adulto\\_Mayor.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf)
34. Ministerio de Salud, Ley General de Salud N° 26842 (2016) Perú. Recuperado de:  
<http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/DS%20016-2002-SA%20Reglamento%20Ley%20N27604%20Modifica%20Ley%20General%20Salud%20Atencion%20Emergencias.pdf>
35. Naranjo H. y Porras I. (2008). La intervención de Trabajo Social en la atención de personas adultas en condición de abandono, en el Hospital San Juan de Dios, Costa Rica. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica

Facultad de Ciencias Sociales Escuela de Trabajo Social. Costa Rica. Recuperado de:  
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-1-2007-13.pdf>

36. Organización Mundial de la Salud (2014). Suiza [versión electrónica]. Recuperado de:  
[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/)

37. Organización Mundial de la Salud OMS (2001) Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000" 1981. En: EPI-CENTRO. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en:  
<http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/insIntrod6.htm>.

38. Organización para la cooperación económica y el desarrollo (OECD). Francia (2009) Salud de un vistazo 2009: OECD Indicadores. OECD Publicación; 4.

39. Organización Panamericana de la Salud y Mundial de la Salud Paho Washington (2001).Disponible en:  
[http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1882:datos-de-salud&Itemid=135](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1882:datos-de-salud&Itemid=135)

40. Paho.org. (2016). Indicadores de Salud. Washington [versión electrónica]. Recuperado de:  
[http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1882:datos-de-salud&Itemid=135](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1882:datos-de-salud&Itemid=135)

41. Patiño C. y Eyamí P. (2015). Abandono del adulto mayor enfermo por parte de su familia, en el Hospital San Juan de Dios, ESE, de Armenia, Quindío, Tesis presentada para obtener

el título de licenciado en educación religiosa universidad católica de Pereira. Colombia. Pg. 5, 14,39

42. Payhua Y. (2014) Abandono del adulto mayor por el núcleo familiar del programa "CIAM",- Huancayo 2013. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Trabajo Social. Perú

43. Pérez J. y Gardey A. Definición de patología (2008). España. Recuperado de: <http://definicion.de/patologia/com>

44. Periódico EL PULSO – Generales (2016). Perú. Recuperado de: <http://www.periodicoelpulso.com/html/1009sep/general/general-04.htm>

45. Real Academia Española (RAE). (2012). Definición de patología - Qué es, Significado y Concepto. Recuperado de: <http://definicion.de/patologia/#ixzz4EnpHoY47>

46. Real Academia Española (2001). Concepto de etario [versión electrónica]. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae2001/com>

47. Roldán A. (2008). Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas 2007, Lima. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería, Perú. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/541/1/Roldan\\_ma.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/541/1/Roldan_ma.pdf)

48. Satir, V. (1988) Relaciones Humanas en el núcleo familiar. México D.F. décima Reimpresión. Pax México



49. Soler (1995) Derecho Penal argentino Art. 106, El Abandono de Personas. (2016). ob. cit., t. III, p. 177. Definicionlegal.blogspot.pe. Argentina. Recuperado de: <http://definicionlegal.blogspot.pe/2012/10/el-abandono-de-personas.html>
50. Tamayo J. (2002). Estrategias para Diseñar y Desarrollar Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud. Vol. I. Lima-Perú. Edic. Mundo Científico en Salud, p. 7.
51. Tamayo J. (2003). Estrategias para Diseñar y Desarrollar Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud. Vol. II. Lima-Perú. Edic. Mundo Científico en Salud. p. 306 – 312.
52. Trabajo Social. Unfv.edu.pe. 2016. Perú [versión electrónica]. Recuperado de: <http://www.unfv.edu.pe/facultades/fccss/trabajo-social>
53. Zúñiga A. et al. (2012). Percepción del Adulto Mayor Hospitalizado en Cuanto al Abandono por sus Familiares. Rev. Desarrollo Científico Enfermería. Vol. 20 N° 4 Mayo. México. Recuperado de: <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-134.pdf>

## **Capítulo 6**

### **Anexos**

Anexo 1: Matriz de Consistencia del Plan de Tesis

Anexo 2: Instrumento para la Recolección de datos

Anexo 3: Validez y Confiabilidad del Instrumento

Anexo 4: Consentimiento Informado

## Anexo 1: Matriz de Consistencia

Problema	Objetivos	Justificación	Variables	Metodología
<p><b>Problema General:</b></p> <p>¿Cuál es la prevalencia de pacientes abandonados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, de octubre 2015 a marzo del 2016?</p> <p><b>Problemas Específicos:</b></p> <p>a) Problema Específico 1:</p> <p>¿Cuál es el número de pacientes abandonados según el diagnóstico social en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar la prevalencia de pacientes abandonados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, de octubre 2015 a marzo del 2016.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>a) <b>Objetivo Específico 1:</b> Identificar el número de pacientes abandonados según el diagnóstico social en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.</p>	<p>Es relevante la investigación debido a que el número de pacientes abandonados en los pabellones del nosocomio está incrementando. Siendo necesario conocer porque los familiares o aquellas personas que son significativas en la vida del paciente terminan abandonándolos.</p> <p>Nos permitirá proponer soluciones, creando programas de prevención e intervención para evitar que el número de pacientes abandonados siga incrementándose.</p>	<p>Pacientes abandonados.</p>	<p><b>- Diseño.</b> - La investigación es no experimental, porque no manipula la variable de estudio.</p> <p><b>-Tipo de estudio.</b> - Aplicada, porque nos permitirá identificar problemas sobre los que se debe intervenir como para definir las estrategias de solución.</p> <p><b>Población.</b> - Pacientes hospitalizados.</p> <p><b>Nivel de estudio.</b> - Es descriptivo - transversal porque describimos un hecho, una realidad a estudiar tal como se presenta en un espacio y tiempo determinado.</p>

<p><b>b) Problema Específico 2:</b> ¿Cuál es el número de pacientes abandonados según la patología en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?</p> <p><b>c) Problema Específico 3:</b> ¿Cuál es el número de pacientes abandonados según grupo etéreo en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?</p> <p><b>d) Problema Específico 4:</b> ¿Cuál es el número de pacientes abandonados según indicadores de salud en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?</p>	<p><b>b) Objetivo Específico 2:</b> Identificar el número de pacientes abandonados según la patología por familiares en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.</p> <p><b>c) Objetivo Específico 3:</b> Identificar el número de pacientes abandonados por familiares según grupo etéreo en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.</p> <p><b>d) Objetivo Específico 4:</b> Identificar el número de pacientes abandonados según indicadores de salud en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza</p>			<p><b>-Enfoque Cuantitativo.</b> - Porque nos va permitir obtener datos susceptibles de ser cuantificado.</p>
---	---	--	--	---

**ANEXO 2: FORMULARIO AD HOC**  
**FICHA SOCIOECONÓMICO FAMILIAR**

Formulario N°

**I. Datos de Filiación:**

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

¿A qué se dedicaba usted? ¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su lugar de procedencia?: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su edad?**

50 -59 años

60 – 69 años

70 – 79 años

≥ 80 años

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

**II. Abandono Familiar :**

**¿Usted está siendo acompañado por algún familiar?**

Sí

¿Cuál es el parentesco que tiene con usted? \_\_\_\_\_

No

¿Desde cuándo no ve a algún familiar? \_\_\_\_\_

**III. Indicadores de Salud:**

¿Usted cuenta con algún tipo de seguro?    Sí        No   

Si usted cuenta un algún tipo de seguro. ¿Cuál es?

Ninguno (pagante)	<b>1</b>
SIS	<b>2</b>
ESSALUD	<b>3</b>
SOAT	<b>4</b>
SANIDAD FAP	<b>5</b>
SANIDAD PNP	<b>6</b>
CONVENIOS	<b>7</b>
INCLUSIÓN SOCIAL	<b>8</b>
OTROS	<b>9</b>

**IV. Patología:**

¿Usted padece alguna de estas patologías?

Si        No

Artritis	1
Hipertensión	2
Asma	3
Reumatismo	4
Diabetes	5
VIH	6
Colesterol	7
Otros	8

**V. Responsable de internamiento:**

¿Quién lo trajo al nosocomio?

Familiar	1
Vecino (a)	2
Paciente	3
Otro	4

**VI. Diagnóstico Social:**

Abandono social	1
Ruptura familiar	2
Pobreza coyuntural	3
Pobreza de bajos recursos económicos	4
Pobreza extrema	5

### **Cuestionario N°1: Ficha Socioeconómica Familiar**

El presente cuestionario es aplicado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Permitiendo conocer la realidad del paciente y las causas por la cual sigue hospitalizado y las condiciones familiares en la cual se encuentra.

Consulta externa ( ) Fecha / / / /

Pabellón.....

Emergencia ( ) Fecha / / / /

Cama.....

Fecha de ingreso.....

Historia Clínica N°.....

Fecha de Alta.....

#### **Indicadores de Salud:**

1. Ninguno  2. SIS  3. ESSALUD  4. SOAT  5. SANIDAD FAP   
6. SANIDAD NAVAL  7. SANIDAD EP  8. SANIDAD PNP   
9. PRIVADOS  10. Convenios  11.  12. Inclusión Social

Religión.....

Caso legal.....

Nombre y Apellidos.....

Estado Civil..... DNI..... Grado de Instrucción.....

Ocupación del paciente..... Procedencia.....

Teléfono..... Dirección.....



Referencia Domiciliaria.....

Dx. Médico.....

Dx. Social.....

Responsable de internamiento.....

**Composición familiar**

Nombre y Apellidos    Edad    Parentesco    Gdo. Inst.    Est. Civil    Ocupación

.....

.....

.....

.....

**Situación socioeconómica**

Ingresos: ..... Egresos:.....

**Características de la Vivienda**

Alquiler       Propia       Otros       Alojados

**Tipo de Vivienda**

Independiente     Quinta     Vecindad     Improvisada     Otros

**Servicios:**

Luz

Agua

Otros

**Seguimiento Social**

.....

.....

**Ficha social de Seguimiento**

.....

.....

### **ANEXO 3: Validez y Confiabilidad del Instrumento**

El cuestionario adaptado de acuerdo a lo que viene aplicando el Departamento de Servicio Social del Hospital Nacional Arzobispo Loayza busca determinar la prevalencia de pacientes abandonados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2016. Con el debido permiso y autorización del servicio en la cual se aplicará el Instrumento. El cuestionario se realiza en 15 a 25 minutos y está formulada mediante preguntas específicas que nos permitirán conocer a detalle los objetivos planteados en esta investigación.

Constituida de acuerdo a los 6 indicadores propuestos en la investigación que estarán subdivididos según las características: Datos de Filiación, Abandono familiar, Indicadores de Salud, Patología, Responsable de internamiento y Diagnóstico Social. La función es determinar la prevalencia de pacientes abandonados y conocer la causa más frecuente que genera el abandono a la persona hospitalizada con alguna enfermedad o patologías. Siendo necesario especificar en el instrumento de recolección de datos la edad del paciente, a qué tipo de seguro está afiliado, si cuenta con una a más patologías, quien es el responsable del internamiento. Siendo la trabajadora social quien completará el diagnóstico social.

Acabado el cuestionario debidamente elaborado y formulado se presentó a 3 Jueces Expertos conformado por Trabajadores Sociales que laboran en la Institución.

Las cuales se les pidió a los siguientes Jueces expertos la validación del formulario, con la finalidad de optar el Título de Especialista en: Terapia Familiar Sistémico. Que refrendaron con firma y sello la validez y confiabilidad del Instrumento.

**El Instrumento Firmado y Validado por Jueces Expertos:**

1.- Lic. Hilda Marina del Águila. De colegiatura: C.T.S. N°1721

2.- Lic. Mirtha Virginia Casanova Vicuña. De colegiatura: C.T.S. N°2307


3.- Lic. Rosa Domitila Cáceres Montanche. De colegiatura: C.T.S. N°0982

**Cuestionario de Validación para los Jueces expertos.**

**Cuestionario de Validación por el experto**

<b>Señor Juez experto: Lic. Mirtha Virginia Casanova Vicuña</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Considera Ud. Que con el Formulario Ad Hoc del presente estudio, cuya Matriz de Consistencia que se adjunta, permitirá lograr los Objetivos y las Hipótesis de la Investigación?	X	
¿Conceptúa usted si las preguntas sobre la variable: Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	
¿Estima usted si las preguntas sobre el Diagnostico social y los Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	
¿Estima usted si las preguntas sobre la Patología y los Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	
Estima usted si las preguntas sobre el Grupo etéreo y los Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	
¿Estima usted si las preguntas sobre los Indicadores de salud y Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	

07 / 02 / 2016  
Fecha

  
Firma

**Cuestionario de Validación por el experto**

Señor Juez Experto: Lic. Hilda Marina del Águila	SI	NO
¿Considera Ud. Que con el Formulario Ad Hoc del presente estudio, cuya Matriz de Consistencia que se adjunta, permitirá lograr los Objetivos de la Investigación?	X	
¿Conceptúa usted si las preguntas sobre la variable: Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	
¿Estima usted si las preguntas sobre el Diagnostico social y los Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	
¿Estima usted si las preguntas sobre la Patología y los Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?  Estima usted si las preguntas sobre el Grupo etéreo y los Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	
¿Estima usted si las preguntas sobre los Indicadores de salud y Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	

07 / 12 / 2016  
Fecha

  
HOSPITAL REGIONAL BUENOS AIRES  
LIC. HILDA KARINA DEL ÁGUILA  
TRABAJADORA SOCIAL  
C.A.B. 6° 121  
 \_\_\_\_\_  
 Firma

**Cuestionario de Validación por el experto**

Señor Juez experto: Lic. Rosa Domitila Cáceres Montanche	SI	NO
¿Considera Ud. Que con el Formulario Ad Hoc del presente estudio, cuya Matriz de Consistencia que se adjunta, permitirá lograr los Objetivos y las Hipótesis de la Investigación?	X	
¿Conceptúa usted si las preguntas sobre la variable: Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	
¿Estima usted si las preguntas sobre el Diagnostico social y los Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	
¿Estima usted si las preguntas sobre la Patología y los Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?  Estima usted si las preguntas sobre el Grupo etéreo y los Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	
¿Estima usted si las preguntas sobre los Indicadores de salud y Pacientes abandonados por familiares, son convenientes?	X	

Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"

  
Lic. Rosa Domitila Cáceres Montanche  
Profesional Social  
C. A. S. P. D. 083

07 / 12 / 2016  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

## ANEXO 4

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....

.....con DNI N° .....

He sido informado (a) acerca de la investigación a realizar y los objetivos que conllevan al desarrollo de la misma.

Por lo tanto, doy mi       CONSENTIMIENTO para participar en la investigación titulada “Pacientes abandonados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, de octubre 2015 a marzo del 2016”

Del mismo modo el investigador se compromete a emplear la información para fines de la investigación y guardar absoluta confidencialidad con los datos personales.

\_\_\_\_\_

Firma