



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Valoración geriátrica integral del adulto mayor

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano

AUTORA:

Murrugarra Aguilar, Ana Maria (Orcid.org/0000-0001-9521-4922)

ASESOR:

Mgr. Leguía Cerna Juan Alberto (Orcid.org/0000-0002-9014-5603)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A mis padres, hermanos y abuelitos muchas gracias por haberme acompañado durante todo este tiempo. Su amor incondicional y comprensión me han dado ánimo aún en los momentos más difíciles para no rendirme.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, a mis padres, abuelitos y hermanos por su apoyo incondicional, no siendo esta última etapa de mi carrera una excepción, que mediante su amor, comprensión, seguridad y fortaleza han sido mis cimientos y pilares para no dejarme derrumbar. Ha sido duro y largo el camino, pero lo importante fue no rendirnos. A mi asesor, por su dedicación y paciencia para ayudarme, guiarme y de quien he aprendido a proyectarme en grande.

INDICE DE CONTENIDOS:

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO:.....	4
III. METODOLOGÍA:.....	12
3.1. Tipo y diseño de Investigación:.....	12
3.2. Variables y operacionalización.....	12
3.3. Poblacion, muestra y muestreo.....	12
3.4. Tecnicas e instrumentos de recoleccion de datos.....	13
3.5. Procedimiento.....	14
3.6. Aspectos éticos.....	15
IV. RESULTADOS.....	16
V. DISCUSIÓN.....	23
VI. CONCLUSIONES.....	26
VII. RECOMENDACIONES.....	26
REFERENCIAS.....	27
ANEXOS.....	32

Resumen

Objetivo: Describir el perfil de la valoración geriátrica integral en los adultos mayores de la población del hospital distrital Santa Isabel del Porvenir 2022. **Método:** Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal descriptivo; con una muestra de 100 pacientes. Los resultados se obtuvieron aplicando la ficha de recolección de datos, el uso de las historias clínicas y el instrumento VACAM (valoración clínica del adulto mayor). Se explico el propósito de la investigación considerando los principios éticos de confidencialidad, libre participación y anonimato. **Resultados:** La edad promedio en ambos grupos frágiles y no frágiles fue de 70 años con una desviación estándar ± 9 para frágiles y ± 7 años para no frágiles, no existiendo diferencias estadísticamente significativas con respecto a ello. La mayor cantidad de deterioro cognitivo severo fue lo correspondiente a las mujeres con el 4%. En la valoración de depresión quienes quien tienen mayores manifestaciones depresivas son las mujeres con un 52%. En la valoración sociofamiliar tienen mayor problema social las mujeres con un 7%. La población que más frágiles son es la del sexo femenino con un 82%. No existieron diferencias estadísticamente significativas en la media de ambos grupos de estudio, según la prueba t-student para 2 muestras independientes. De las variables epidemiológicas sexo y grado de instrucción no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, según la prueba chi-cuadrado ($p > 0,05$). Se encontró diferencias estadísticamente significativas en los pacientes adultos mayores solteros con respecto a los demás grupos. De las comorbilidades solo la dislipidemia tuvo una diferencia estadísticamente significativa, las demás comorbilidades no se encontró alguna diferencia. **Conclusión:** La población de adultos mayores del hospital distrital Santa Isabel del Porvenir 2022, fueron mujeres de edad media de 70 años con estudios básicos, casadas y el 95% frágiles. Siendo las patologías más frecuentes HTA y DM2.. En la esfera funcional 2 de cada 3 personas eran independientes. En la esfera mental, la parte cognitiva mostro la mayor frecuencia sin deterioro cognitivo seguido del deterioro cognitivo leve; en la parte afectiva 6 de cada 10 mostraron síntomas depresivos. En la esfera social 2 de cada 3 personas presentaron riesgo social. **Palabras clave:** Evaluación geriátrica, adulto mayor, fragilidad (Fuente: DeCS-BIREME)

Abstract

Objective: To describe the profile of the comprehensive geriatric assessment in the elderly of the population of the Santa Isabel del Porvenir 2022 district hospital. **Method:** A quantitative, non-experimental, descriptive cross-sectional study was carried out; with a sample of 100 patients. The results were implemented by applying the data collection form, the use of medical records and the VACAM instrument (clinical assessment of the elderly). The purpose of the research was explained considering the ethical principles of confidentiality, free participation and anonymity. **Results:** The average age in both frail and non-frail groups was 70 years with a standard deviation ± 9 for frail and ± 7 years for non-frail, with no statistically significant differences in this regard. The greatest amount of severe cognitive impairment was corresponding to women with 4%. In the assessment of depression, those who have greater depressive manifestations are women with 52%. In the socio-family assessment, women have a greater social problem with 7%. The population that is most fragile is that of the female sex with 82%. There were no statistically significant differences in the means of both study groups, according to the t-student test for 2 independent samples. No statistically significant differences were found for the epidemiological variables, sex and educational level, according to the chi-square test ($p > 0.05$). Statistically significant differences were found in single older adult patients with respect to the other groups. Of the comorbidities, only dyslipidemia had a statistically significant difference, the other comorbidities did not find any difference. **Conclusion:** The elderly population of the Santa Isabel del Porvenir 2022 district hospital were women with an average age of 70 years with basic studies, married and 95% frail. The most frequent pathologies being HTA and DM2. In the functional sphere, 2 out of 3 people were independent. In the mental sphere, the cognitive part showed the highest frequency without cognitive impairment followed by mild cognitive impairment; in the affective part 6 out of 10 depressive symptoms. In the social sphere, 2 out of 3 people appeared at social risk. **Keywords:** Geriatric evaluation, elderly, frailty (Source: DeCS-BIREME)

I. INTRODUCCIÓN

En los años 2020 y 2030, la cantidad de habitantes adultos de 60 años aumentará hasta 34% y en el año 2050, se incrementará; siendo superior que el de los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. A nivel mundial, la esperanza de vida es más que antes; actualmente las personas viven de 60 años a más. Entre los padecimientos más frecuentes en la vejez; están las cataratas, pérdida de audición, dolores musculares, osteoartritis, depresión, demencia, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, hasta experimentando diversas afecciones a la vez. La ancianidad está caracterizada por el hallazgo de síndromes geriátricos, los cuales son resultado de factores como estados confuncional, fragilidad, incontinencia urinaria, caídas y úlceras por presión.¹

En 20 años venideros, la Unión Europea se incrementará en 17 millones, con un 30% la población de 65 años o más y los de 80 años un 39%. La esperanza de vida al nacer en España, para el 2015 llegó a los 80 años en hombres y en mujeres a los 86 años. El Caribe y América Latina registrarán una acelerada variación en cuanto a la distribución de la población en las décadas cercanas. La conexión entre los jóvenes y los adultos de 65 años y la dependencia de los adultos mayores será en 11 y 14 puntos en los próximos treinta años. Teniendo en cuenta este entorno, hay probabilidad de que las cuentas públicas y el crecimiento económico sean alertados. El resultado de que la población envejezca puede ser menos alarmante de lo que indica la tasa de dependencia.²

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) mostró que la esperanza de vida en la población peruana ha ido aumentando durante los últimos 15 años, de manera que, si para el año 2015 las condiciones de mortalidad persisten, las peruanas, peruanos vivirían aproximadamente de 74 o 76 años. El indicativo se cambia en relación de la índole relevante de mortalidad en la que su resultado incrementa o disminuye la exposición a morir. Esta estimado que para el 2050, los peruanos alcanzarán una esperanza de vida hasta los 79 años. La mayor importancia lo tendrán los adultos mayores de 60 años, aumentando 6 veces entre los años 1950 y 2015 y triplicándose entre el 2015 y el 2050, superando a los menores de 15 años con un margen de 17%.³

La esperanza de vida en el Perú en el 2019, aumentó, llegando a 76 años. Ese año la esperanza de vida en las mujeres fue de 79 años y en los hombres de 74 años. Perú ha escalado en la lista de los 192 países, sobre la esperanza de vida, ocupando el puesto 66 en 2018 y el 61 en 2019; dando a entender que sus pobladores tienen una esperanza media-alta, en comparación a otros países.⁴

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un instrumento de evaluación multidimensional funcional y biopsicosocial que prioriza e identifica de manera conveniente las necesidades y problemas del adulto mayor con el objetivo de realizar tratamiento y un plan de seguimiento. La VGI es un instrumento elemental para la práctica clínica, en cualquier nivel de atención ya que identifica lo que el paciente geriátrico necesita, brindando un diagnóstico y tratamiento multidisciplinario en el cual identifica problemas sociales, médicos, funcionales y psicológicos de un adulto mayor frágil, desarrollando un plan de mejora del estado de salud general, en el cual el cuidado de la salud de un adulto mayor se debe tener en cuenta más allá del tratamiento médico tradicional. La VGI es distinta a una evaluación médica común pues también incluye el aspecto social, afectivo, espiritual, económico y ambiental, haciendo énfasis en la capacidad funcional y calidad de vida. Para aplicar correctamente el instrumento, se utilizan métodos como la historia clínica y exploración física, e instrumentos como escalas de valoración, con las cuales se detectan la evaluación evolutiva y dificultades, incrementando la objetividad y reproducibilidad de la valoración.⁵

En Guayaquil (Ecuador) emplearon el VGI para establecer en los adultos mayores el estado de salud de un área urbano marginal como primera opción para instaurar de manera coordinada, planes de cuidados en dichas áreas. El VGI permitió detectar los primordiales problemas de salud de la población estudiada, considerándola una herramienta fácil y práctica para aplicar en las poblaciones urbano marginales que asisten a los centros de atención primaria, con la finalidad de que la salud de la población mejore, pues en la actualidad se ha incrementado de manera significativa en los países sub desarrollados.⁶

El INEI en el informe técnico de la población adulta mayor, presentó la descripción de algunos rasgos sociales, demográficos, económicos y sus condiciones de vida de las personas de 60 años de edad. El informe se establece a partir de su entorno de referencia que permite ubicar el contexto de su información estadística

disponible y las dimensiones del transcurso del envejecimiento de la población; como también hogares con indicadores como programas sociales, adulto mayor, salud, servicios básicos, educación, actividad económica, acceso a la identidad; caracterizando a los adultos mayores según área de residencia y sexo.⁷

En Chiclayo realizaron un estudio en el que describieron mediante la VGI los problemas de funcionalidad, socio-familiar y mentales en adultos mayores. Entrevistaron a 125 personas, de los cuales, 61 fueron sexo masculino y 64 sexo femenino. En la valoración por esferas: 44 tenían riesgo social, 50 algún tipo de dependencia física, 25 deterioro cognitivo y 105 manifestaciones depresivas; concluyendo que quienes acuden por consultorio externo de geriatría son en mayoría mujeres, independientes funcionalmente y sin deterioro cognitivo con una adecuada situación social, familiar y manifestaciones depresivas.⁸

En una investigación ejecutada en personas mayores en la Libertad. Manifestó cognición normal un 93,6 %, la mayoría distinguió como regular su salud en cuanto a la actividad física un 18 %, necesitan atención oral 39,7 %, estado nutricional normal 61,1% y 73,3% está preparado para morir. Vacunados contra influenza un 50,5%. El 67,6% presentan enfermedad, dentro de las principales: la diabetes mellitus, artritis, hipertensión arterial. Sufrieron caídas un 30,5%, el 28,9 % depresión. El 83,4 % y 60 %, respectivamente, en actividades básicas son independientes e instrumentales de la vida cotidiana.⁹

En la evaluación de publicaciones locales no se han encontrado información, esto puede traer como consecuencias de que al no realizar evaluación de la VGI a los adultos mayores, no se está diagnosticando los síndromes geriátricos y por ello puede estar aumentando el riesgo de dependencia de desfuncionalización de las personas adultos mayores; este efecto si bien no se está midiendo a nivel local puede tener consecuencias a futuro, teniendo una población más frágil, con mayor dependencia, con mayores comorbilidades no controladas o infradiagnosticadas y por ende infra tratadas; el aporte de la investigación es justamente describir como se encuentra el adulto mayor en cuanto a la valoración geriátrica integral.

Ante ello se plantea la siguiente interrogante ¿Cuál es el perfil de la valoración geriátrica integral en los adultos mayores de la población del hospital distrital Santa Isabel del Porvenir 2022?

Como objetivo general tenemos: describir el perfil de la valoración geriátrica integral en los adultos mayores de la población del hospital distrital Santa Isabel del Porvenir 2022.

En cuanto a los objetivos específicos: Caracterizar a la población de adultos mayores del hospital distrital Santa Isabel del Porvenir 2022. Identificar la esfera funcional de la valoración geriátrica integral en los adultos mayores de la población del hospital distrital Santa Isabel del Porvenir 2022. Analizar la esfera mental de la valoración geriátrica integral en los adultos mayores de la población del hospital Santa Isabel del Porvenir 2022. Clasificar la esfera social de la valoración geriátrica integral en los adultos mayores de la población del hospital distrital Santa Isabel del Porvenir 2022.

Hipótesis; la población de adultos mayores tiene una media de edad de 70 años, funcionalmente independientes, mentalmente con deterioro cognitivo leve y sin síntomas depresivos, con riesgo social.

II. MARCO TEÓRICO:

Rodríguez.O (Cuba, 2021); tuvo como objetivo evaluar a los adultos mayores en su estado integral y funcional en la localidad de Peñas Altas Guanabo del Policlínico Universitario. El diseño fue descriptivo, transversal y prospectivo. Participaron 1435 mayores de 60 años evaluados mediante el estudio de la disposición de salud de la sección, historias individuales y de salud familiar, escala de actividades instrumentadas de la vida diaria de Lawton-Brody, índice de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de Katz y la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF). Los resultados evidenciaron predominio de un 53% en el sexo femenino y en los 60-69 años un 72%, se evidenció envejecimiento en población de la localidad. En la esfera biomédica el 39% correspondió al uso de medicamentos en los adultos mayores, mientras que la movilidad y equilibrio se afectaron en un 32%, en la esfera psicológica, la memoria fue la más afectada con un 50%; predominando las alteraciones del estado integral y funcional. Los adultos mayores en actividad e independientes se presentó con mayor relevancia en el sexo masculino con 95 %. Se concluyó que las personas investigadas presentaron senectud demográfica, de los 60 a 69 años y el grupo etario que predominó fue el de las mujeres, las mayores alteraciones fue la movilidad y equilibrio, el uso de medicamentos, la memoria y la

economía, en el sexo femenino encontraron predominantes las alteraciones del estado integral y funcional, predominaron los adultos mayores independientes y activos, fundamentalmente en el sexo masculino.¹⁰

Gonzales. P, Coloma. N (Quito, 2021); tuvieron como finalidad, establecer cuáles son los criterios de la VGI asociados con la muerte en adultos mayores con insuficiencia cardiaca internados en el Hospital de la Policía Nacional Quito, para ello emplearon un análisis observacional descriptivo de corte transversal. Para este estudio, participaron 188 pacientes; de quienes se recogió información estadística, las variables consideradas fueron: estado civil, sexo, edad, escolaridad, Escala de valoración socio familiar de Gijón, Mini Nutritional Assessment (MNA), hospitalización previa, índice Barthel, Mini-Mental State Examination de Folstein, índice Lawton, mortalidad, parámetros de laboratorio y síndromes geriátricos. Los resultados fueron que en la frecuencia según sexos, 79 masculino y 109 femenino, 46,3% son viudos y casados 43.65 %, el 34,57 % con escolaridad básica y 2,66% superior; 11, 17 % estado nutricional normal, el 65, 96% riesgo de mal nutrición, mal nutrición 22, 87%; en la valoración funcional con 47.3 y 27.7% indicando dependencia moderada, valoración cognitiva el 0.7% de los pacientes manifiestan daño cognitivo leve a moderado, el 72.9% de la valoración social tiene una situación social buena y síndromes geriátricos frecuentes: síndrome confusional, síndrome de caídas, fragilidad, déficit sensorial, polifarmacia, dismovilidad.¹¹

Álvarez. L, Reyes. C, Arteaga, Fonseca. D, Sierra. V, Ruiz. M (Ecuador, 2020); tuvieron como fin, identificar el estado de salud de los adultos mayores en un área urbano-marginal de Guayaquil (Ecuador) aplicando el VGI. El tipo de estudio es transversal, en el que contaron con la participación de 196 sujetos mayores de 65 años. Mediante los resultados los participantes mostraron que la edad media fue de $70,9 \pm 7,1$ años, en la población afroecuatorianos representaron el 73%, tenían instrucción básica el 69 %, no realizan actividad física el 57 %, en cuanto a la evaluación clínica el 47,4 % contaba con dificultad de visión, el 52 % riesgo nutricional y 6% desnutrición, el 13 % tenía un deterioro social severo, algún deterioro mental o cognitivo el 40% y depresión un 8,2 %, funcionalmente dependientes un 46,9 % y presentaban 16,8 % disnea. Concluyeron que el VGI identificó fundamentales problemas de salud en la población, considerándola fácil y práctica de emplear en las instituciones de salud donde brindan atención primaria

de las poblaciones urbano-marginales, perfeccionando la salud de la población mayor, la cual está creciendo en los países subdesarrollados como Ecuador.¹²

Huamán. R (Perú, 2019); tuvo como objeto de estudio describir morbilidades asociadas a los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos ingresados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018. El estudio fue de tipo, descriptiva, transversal. Participaron 100 pacientes los cuales fueron evaluados mediante la escala de Katz. Se efectuaron análisis estadísticos en el programa SPSS midiendo las frecuencias. Los efectos mostraron que los pacientes geriátricos de 76 años a más representa el 50%, los pacientes entre 71-75 años un 36 %, los pacientes de 65-70 años un 14 %, 52 de los pacientes son varones y 48 % son mujeres, demostrando más porcentaje de pacientes geriátricos varones, el 38 % presentó dependencia nula, un 20 % dependencia leve, un 24% presenta dependencia moderada y el 18% severa dependencia, describiendo que las comorbilidades se asocian directamente con la dependencia funcional. Concluyó que encontró asociación directa con algunos grados de dependencia funcional y comorbilidades, sugiriendo acciones preventivas que permitan al adulto mayor mejorar su calidad de vida.¹³

Beltran.G. (Perú, 2018); tuvo como fin determinar la asociación de la situación sociofamiliar, sexo, estado nutricional y grado de instrucción con el síndrome de fragilidad en personas adultas mayores. El estudio empleado fue transversal, prospectivo y observacional. Se utilizó el test Mini Nutritional Assessment, (ficha de entrevista), además el test que conforma la Valoración clínica del Adulto Mayor (VACAM). Los resultados mostraron que el 30.60% de las personas fue de 98 AM que presentaron el síndrome de fragilidad, peligro de desnutrición el 12.20%, el grado de instrucción primaria o analfabetos representó el 30.6%, riesgo social representó un 30.60%. Concluyeron que se encontró similitud con las variables estado nutricional, grado de instrucción y situación socio familiar con el síndrome de fragilidad de manera estadísticamente significativa.¹⁴

Bobadilla L, Del Aguila J. (Perú, 2018); tuvo como fin, explicar el estado cognitivo – afectivo de la población geriátrica asistentes al centro hospitalario del programa adulto mayor de Essalud en Chiclayo del 2018. efectuó un estudio descriptivo, transversal empleando un muestreo no probabilístico, por conveniencia; en la que aplicó dos pruebas: La escala de Yesavage, para evaluar el componente afectivo y

el Mini Examen de Estado Mental o cognitivo (MMSE) para el estado cognitivo. Los resultados demostraron que, de los 62 pacientes evaluados, el 50% demostró estado cognitivo normal, el 18 % una posible demencia y leve a moderado deterioro cognitivo en un 32%; ningún asistente presentó deterioros severos. Se mostró valores entre depresión leve y moderada de un 11%. Se finalizó que el estado afectivo al rango de depresión fue bajo y el deterioro cognitivo estuvo presente en la mitad de los encuestados.¹⁵

Hurtado. L (Ecuador, 2018); tuvo como objetivo explicar el estado de salud integral de la población geriátrica en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales. Efectuó un análisis de tipo observacional, prospectiva, descriptiva y de corte transversal; en la que recolectó información a través del test de funcionamiento familiar y una encuesta trabajada por el autor, el formulario 057 del Ministerio de salud pública de atención al adulto mayor con sus respectivas escalas geriátricas. Los resultados demostraron que el sexo masculino 54%, el 31% de edades entre 70 y 74 años, mestizos con un 93%, casados en un 53%, instrucción primaria con un 87%, el 76% no trabaja, el 67% hipertensos, 29% frágiles, necesitan cierta ayuda un 52%, el 86% no tiene de deterioro cognitivo, sin depresión un 96%, 92% sin riesgo de desnutrición, 77% riesgo social bajo y que pertenecen a familias funcionales 69%. Se concluyó que lo que predomina en su estudio es el sexo masculino, la etnia mestiza, el grupo que tenía un quinquenio de 70-74 años, el ser casados, estudio de primaria, los que no trabajan, patología más prevalente la hipertensión, el síndrome geriátrico mayormente encontrado es la fragilidad, inadecuada nutrición por exceso, en la esfera funcional fundamental grado de dependencia, en la esfera psicocognitiva no existe depresión ni deterioro cognitivo en su gran mayoría, la valoración de nutrición no muestra riesgo de desnutrición, la valoración social es permisible y las familias de personas geriátricas son funcionales.¹⁶

Runzer.F, Castro.A, Torres.C, Diaz.C et al (Perú, 2017); tuvieron como fin de establecer la asociación entre dependencia funcional y depresión en pacientes geriátricos del Centro Geriátrico Naval. Utilizaron una investigación retrospectiva, transversal y analítica de un estudio secundario de base de datos, con una población de 625 adultos mayores. Los resultados indicaron relación con el Índice

de Lawton, encontraron resultados significativos en correspondencia al rendimiento físico, edad, género, grado militar, fuerza de prensión, depresión y dependencia. El índice de Barthel, se mostró que, por cada punto alcanzado en el cuestionario de Yesavage, merma en $4,8 \pm 1.82$ puntos el índice de Barthel y, por 5 puntos, merma 29.99 ± 3.62 puntos. Se concluyó que, a más riesgo de depresión, se muestra más probabilidad de dependencia funcional; según el índice de Barthel, independientemente de otras variables se verificó asociación entre dependencia funcional y depresión para acciones básicas e instrumentales de la vida cotidiana.¹⁷

Cieza (Perú - 2017); tuvo como fin analizar los dominios de la valoración geriátrica integral (VGI) oncológica, predictores de mortalidad; al año de seguimiento en los pacientes con cáncer gástrico. El tipo de investigación que usaron fue descriptivo, longitudinal, prospectivo con diseño analítico predictivo. Los instrumentos utilizados fueron el Índice de Charlson, versión abreviada para comorbilidad, el Mini Nutritional Assessment Short-Form, índice de Barthel para evaluar acciones básicas de la vida, la escala de Lawton y Brody para las acciones instrumentales de la vida cotidiana se evalúan; el Test de Tinetti evalúa marcha y el equilibrio, Mini Mental Statement Evaluatio para deterioro cognitivo, criterios diagnósticos del DSM-5 para depresión y Test de Gijón modificado. Los efectos demostraron que el 33 (70,2%) son varones, la media de edad fue 77 (DE +/- 7,66) para las mujeres y 75,52 (DE +/- 6,88) años para los varones y la mortalidad durante un año de 57,44 %. En el estudio de regresión de Cox, demostró que la valoración nutricional el MNA-SF (HR 0,84; IC 95% 0,70–0,98; $p < 0,05$) y la valoración de acciones instrumentales de la vida cotidiana (HR 0,83; IC 95% 0,70–0,99; $p < 0,05$) se enlaza a mayor sobrevivencia. La diagnosis de depresión se conectó ha mayor mortalidad (HR 3,46; IC 95% 1,31–9,11; $p < 0,05$). Se finalizó que el estado emocional, funcional y nutricional son dominios de la VGI oncológica con augurio de mortalidad.¹⁸

Camargo. K, Laguado.E (Colombia, 2017); efectuaron un estudio para determinar el grado de deterioro cognitivo en personas de edad geriátrica institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga. Efectuaron un estudio cuantitativo con diseño descriptivo de corte transversal. Contaron con la participación de 165 adultos mayores y una muestra de 60 adultos mayores de dos hogares para ancianos; mediante el instrumento MMSE (Examen Cognoscitivo

Mini-Mental). Los resultados indicaron que un 73 % de la población total de los adultos geriátricos se encontraron entre edades de 75 a 94 años, el 55% es de varones y el 45 % femenino, el 57% tiene nivel de escolaridad primaria y un 25% son analfabetas, considerándose un posible factor de riesgo para padecer deterioro cognitivo, el 75% tienen contacto con algunos de sus familiares, la patología que tiene mayor frecuencia en el diagnóstico médico con un 57% son las cardiovasculares, en segundo lugar se hallan las patologías clasificadas como: problemas gastrointestinales, visuales, renales y auditivos, el 33,3% se hallan sin deterioro cognitivo y el 41,7% con deterioro cognitivo grave. Concluyeron que las personas geriátricas presentaron deterioro cognitivo grave en un 41,7% y necesitan intervenciones enfocadas en terapia cognitiva.¹⁹

Bergós.C, Espinós.J. (España, 2017); tuvo como fin evaluar en adultos mayores el grado de fragilidad y deterioro funcional en pacientes programados de cirugía abdominal mayor. Utilizo un diseño analítico tipo cohorte, en una muestra de 334 pacientes con un muestreo no probabilístico consecutivo; mediante la valoración geriátrica integral (índice de Barthel, índice de Lawton, test de Pfeiffer, escala de Yesevage, índice de Charlson). Los resultados indicaron que la media de edad 74,9 años (DS 6,3 años), la cuarta parte eran mayores de 80 años, más de la mitad eran varones, 68 % tenían estudios básicos; los casados fueron el 74 %; uno de cada tres no tenía comorbilidad o tenía alta comorbilidad; casi la mitad tenían sobrepeso y siete de cada diez tenían sobrepeso/obesidad; 93,4 % eran independientes, 8,7% tenían alteración en el estado cognitivo, 22,5 % presentaban manifestaciones depresivas.²⁰

La OMS (Organización Mundial de la Salud) aprecia que un adulto mayor es toda persona mayor a 60 años.²¹Teniendo en cuenta el aspecto biológico, el envejecer es efecto del acumulo de una diversidad de deterioros celulares como moleculares con el paso de los años, llevando a una baja gradual de facultades físicas como mentales, a mayor exposición de enfermedades y por último la expiración de la persona.¹

La VGI se considera un instrumento que, con la historia clínica del paciente geriátrico, identifica los menesteres de atención, en cuanto a obstáculos médicos comunes o esos donde se incluye el aspecto mental, psicológico, nutricional, riesgos de dependencia y aspecto social, lo que faculta el empleo de un plan de

intervención. También nos hace recordar que la atención interdisciplinaria está centrada en el cuidado, en el que las actividades están orientadas a preservar la autonomía de la persona, sostener la salud, controlar los factores de peligro presentes y mejorar la funcionalidad física, psicológica, social y familiar. Mientras más temprano, se efectúe una VGI se puedan realizar objetivos interdisciplinarios para preservar la calaña de vida en forma general, los triunfos de intervenir son superiores. Un adulto mayor es quien agrupa 3 o más de las siguientes posiciones: Presencia de enfermedad o proceso patológico de tipo mental. Edad avanzada a los 60 años de edad. Presencia de varias patologías prominentes. Aspecto de enfermedad que posee características inhabilitantes. Problemática social relacionada con su condición de salud.²²

Esfera funcional o física, es la capacidad con la cual la persona se vale por cuenta propia efectuando acciones de la vida diaria, determinando la facultad de ejecutar acciones básicas como manejar sus excretas, bañarse, levantarse, comer, vestirse. Incluso se considera las acciones instrumentales en las que estima si la persona puede vivir sola, emplea teléfono, vive sola sin ayuda, realiza compras, usa medios para transportarse o transportar, prepara sus alimentos y es responsable con su medicamento, maneja su economía; también si participa en actividades avanzadas como en las actividades de su comunidad. Las categorías comprenden Independencia (Tipo A) con dependencia completa (Tipo G, dependiente para todas las funciones), las dependencias parciales son estados intermedios. La evaluación funcional ayuda a determinar el alcance y la causa de la falla quién lo causó, para interferir, revertir o prevenir un mayor deterioro; además, Determinar el cuidado adecuado. Equilibrar las herramientas de evaluación y Enfoque: Levántese y vaya y verifique Tinetti, índice de Katz, índice de Barthel, Índice de Luton y Brody, Robin Escala de condición física activa avanzada de Reuben.²³

Esfera mental, corresponde al área afectiva y cognitiva, con las que se sabrán las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. La parte mental depende de factores psicológicos, sociales y condiciones médicas que padece la persona (presión arterial alta, diabetes, problemas de tiroides, etc.), factores de peligro orgánicos para arritmias cardíacas en adultos mayores, la depresión más común. Los problemas en la esfera cognitiva son muy

importantes, representan el 25% de los adultos mayores mentalmente perturbado, sumándose un porcentaje similar en demencia a los 80 años (20% tiene demencia); este problema conduce a la aparición de síndromes seniles (úlceras por decúbito, inmovilidad, defecación, micción, caídas). La evaluación para estas áreas dependerá del nivel de atención, la más utilizada es el estado mental menor. El Test de Volstein (MMSE) 10, es una evaluación de tamizaje para la valoración memoria reciente, orientación espacio-temporal y atención, la puntuación inferior a 24 se refiere al deterioro cognitivo, dado el papel de la educación.

Valoración emocional, el trastorno mental más frecuente fue la depresión; se puede encontrar en el 40% de las mujeres y el 20% de los hombres, afectando la calidad de vida. El diagnóstico se descubrió durante la entrevista clínica, durante la cual se hicieron preguntas sobre el estado de ánimo, la energía, la distonía, el apetito, los desórdenes del sueño, las señales de ansiedad, ideas de muerte, la inestabilidad emocional y las quejas. La prueba más utilizada es la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage, que contiene 30 ítems; contiene una explicación corta de 15 elementos, que es muy recomendable para constatar. En cuanto a su interpretación, el corte es 5/6: A Las puntuaciones de 0 a 5 representan normalidad; 6 a 9, puede estar deprimido, y más de 10, depresión.²²

Esfera social, determina la presencia de apoyo social, la percepción de la soledad y el aislamiento social ya que aumenta el riesgo de mortalidad.²³

Se debe considerar aspectos que debes saber sobre la relación de los mayores con el ambiente. Las particularidades sociales en las que vives se ven afectadas directamente sobre el desarrollo de la patología y su estado de salud, y conoce que su labor de atención al paciente varía su salud física, económica y emotiva. Existen escalas para recolectar datos y evaluar si su entorno es adecuado o no, la más usada es la sociofamiliar de Gijón.²⁴

El campo de la nutrición es un enfoque verificado por pruebas de microevaluación. Nutrición evalúa la presencia o ausencia de deficiencia nutricional y/o desnutrición. Esta deficiencia puede ser un problema en los ancianos, lo que lleva a la debilidad funcional, debilidad física, debilidad y muerte. Componentes de este La báscula incluye evaluaciones de peso, altura y pérdida de peso, así como Problemas de estilo de vida y tratamiento, autopercepción, salud, alimentación y

nutrición. Se deben usar puntajes bajos para planificación y establecimiento de intervenciones nutricionales ²⁴

Una óptima alimentación con adecuada ingesta proteica es importante para el funcionamiento orgánico. Se coleccionan datos antropométricos, parámetros de dieta, la valoración nutricional, global y subjetiva de los alimentos. El puntaje límite es de 30 puntos; menor de 17 puntos indica mal estado nutricional, de 17 a 23,5 riesgo de desnutrición y mayores de 24 años, niveles normales. ²²

III. METODOLOGÍA:

3.1. Tipo y diseño de investigación:

3.1.1. Tipo de investigación: Aplicado

3.3.2. Diseño de investigación: Cuantitativo, no experimental, transversal analítico.

3.2. Variables y operacionalización: (Anexo 01)

Variable independiente: Adulto mayor

Variable dependiente: Valoración geriátrica integral

3.3. Población, muestra y muestreo:

3.3.1. Población: Pacientes geriátricos que cuentan con SIS y acuden a consultorio externo de medicina interna y medicina familiar del hospital distrital del Porvenir Santa Isabel en el periodo de 2022.

Criterios de inclusión:

Pacientes geriátricos que acuden el servicio de medicina interna y medicina familiar del centro hospitalario distrital del Porvenir Santa Isabel.

Pacientes adultos mayores que firmaron su autorización en la información.

Criterios de exclusión:

Pacientes geriátricos que acuden al hospital distrital Santa Isabel del Porvenir con deficiencia funcional para aplicar las escalas de medición, como deficiencias en la visión o audición y el analfabetismo.

Pacientes adultos mayores que acuden al hospital distrital Santa Isabel del Porvenir que entreguen fichas incompletas.

3.3.2. Muestra: La unidad de estudio que concierne a la aplicación de instrumentos de valoración clínica en los pacientes adultos mayores del hospital distrital del Porvenir Santa Isabel, con una muestra de 152 pacientes.

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional:

Tamaño poblacional:	250
Proporción esperada:	46 %
Nivel de confianza:	95%
Efecto de diseño:	1,0
Precisión (%)	Tamaño de muestra
-----	-----
5,000	152

3.3.3. Muestreo: Esta selección se dará por análisis de grupos pequeños de una población (muestreo probabilístico tipo sistemático).

3.3.4. Unidad de análisis: Personas de la tercera edad que acuden a consultorio externo de medicina interna y medicina familiar del hospital distrital del Porvenir Santa Isabel en el periodo de 2022. Los mismos que cumplieron los principios de selección.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnica:

Los datos se recogerán a través de la entrevista directa con el adulto mayor, el uso de historiales médicos, la utilización de una ficha de datos (anexo 02) y de instrumentos de valoración clínica como el VACAM.

Instrumento:

Se empleará ficha de recolección de datos y el VACAM (valoración clínica del adulto mayor) la cual consta de escalas validadas; KATZ (anexo 04); Pfeiffer (Anexo 05); Yesavage (anexo 06) y Gijón (anexo 07).

Para la parte funcional se usará el KATZ el cual evalúa ABVD identificando el grado de independencia del adulto mayor para realizar acciones básicas de la vida, el índice está conformado por 6 ítems, que evalúa actividades como transferencias, continencia urinaria/fecal, alimentación, vestido, baño, uso del sanitario y determina valores: independiente KATZ A, dependiente parcial KATZ B F, dependiente total KATZ G, La fiabilidad para persona e ítem fue de 0.80 y 0.90 respectivamente.²⁵

En el aspecto cognitivo se hará uso de Pfeiffer un cuestionario que determina la realidad y el grado de deterioro cognitivo mediante la evaluación de 10 preguntas

cortas, el cual investiga la información sobre los hechos cotidianos, la memoria a corto y largo plazo, la orientación y la capacidad de cálculo, cada fallo es un punto se valora 2 puntos: deterioro cognitivo, la clasificación de cognición con un puntaje de 0-2 desaciertos indica función intelectual intacta; un leve deterioro intelectual con 3-4 desaciertos; de 5-7 desaciertos indica deterioro intelectual moderado; deterioro intelectual severo de 8-10 desaciertos, con la fiabilidad e intraobservador del SPMSQ-VE de 0,738 y 0,925, respectivamente, alcanza una solidez interna un valor de 0,82. El valor fue del 0,74 y la discriminación del 0,23. El área bajo la curva ROC fue de 0,89, siendo la sensibilidad y especificidad de 85,7% y 79,3%.²⁶.

En la parte afectiva con la escala de Yesavage la cual consiste en pedir al evaluado que responda sí o no respecto a cómo se ha sentido en la última semana, la versión de 5 ítems que incluye son el 1, 4, 8, 9 y 12. Las respuestas negativas en el ítem 1 y las acertadas son afirmativas en los ítems 4, 8, 9 y 12. Cada respuesta incierta da 1. Un número de respuestas negativas superior a 4 se considera depresión, con sensibilidad del 93%, especificidad 78%, valor predictivo negativo 98% y valor predictivo positivo de 47%. El valor Kappa fue 0,50.²⁷

En el aspecto social se usará la escala de Gijón para la valoración sociofamiliar con la cual se detectará de situaciones de problemática social o riesgo, siendo un instrumento específico para medir la situación social. Es una escala para valorar el riesgo social y familiar mediante 5 ítems (vivienda, relaciones, situación familiar, apoyo social y económica,) con 5 factibles categorías en cada una de ellos, estableciendo una gradiente en la situación social ideal o carencia de problemática de algún problema social, alcanzando una puntuación global. El coeficiente de fiabilidad interobservador es de 0,957.²⁸

3.5. Procedimientos:

Se realizarán las coordinaciones con la Dirección del Hospital distrital Santa Isabel del Porvenir y la Jefatura del Departamento de medicina, mediante un documento emitido por la universidad Cesar Vallejo.

Se solicitará autorización al director del hospital distrital Santa Isabel del Porvenir para poder tener entrada al establecimiento y poder hacer la evaluación correspondiente, considerando perspectivas de inclusión y exclusión en el estudio. Se seleccionará a los pacientes según los criterios establecidos y se procederá a aplicar la ficha de recojo de datos, el uso de las historias clínicas y el instrumento

VACAM (valoración clínica del adulto mayor), en forma individual antes de que ingresen a consultorio del servicio de medicina interna y medicina familiar en un tiempo de 20 minutos a cada uno de ellos.

Se les explicara el propósito de la investigación considerando los principios éticos de confidencialidad, libre participación y anonimato. (Anexo 02)

Una vez culminada la recolección de los datos se procederá a calificar los instrumentos según los parámetros establecidos.

3.6. Métodos de análisis de datos:

La Ficha de recojo de datos será trasladada de manera virtual a una base de datos en el programa Microsoft Excel v2016, luego en una base de datos en el Software estadístico SPSS v25 para su respectivo análisis.

Para el análisis univariado o descriptivo: serán registrados mediante tablas de frecuencia absoluta y relativa (porcentajes) y su respectiva diagramación por medio de gráficos para variables cualitativas, para el análisis de variables cuantitativos, primero confirmaremos la distribución normal de la población para luego aplicar técnicas paramétricas (en su defecto de distribución no normal, se utilizaran técnicas no paramétricas), para luego resumirlas mediante sus dimensiones de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o Rangos Intercuartílicos).

Luego se calculará su Razón de prevalencia, con IC 95%

3.7. Aspectos éticos:

El estudio contará con el permiso del comité de Investigación y Ética del Hospital Distrital Santa Isabel y de la Universidad Cesar Vallejo. Se tuvo en cuenta los principios de la declaración de Helsinki, en el cual resalta el consentimiento informado en el que se documenta la determinación de participar voluntariamente después de recibir explicación sobre la investigación e importancia de la confidencialidad y respeto a la intimidad del paciente.²⁹ Así también, se consideró el Código Nacional de la Integridad Científica del CONCYTEC, que velan por la realización de una labor objetiva, transparente y honesto garantizando la protección de la persona en investigación³⁰. El artículo 3 del Código de Ética de la UCV establece que la investigación debe respetar la autonomía e integridad humana de los participantes³¹. Se consideró importante los estándares para Pruebas

Educativas y Psicológicas, que respaldan la seguridad y protección del contenido de la prueba como la privacidad de los examinados, considerando datos de validez y confiabilidad disponibles.³²

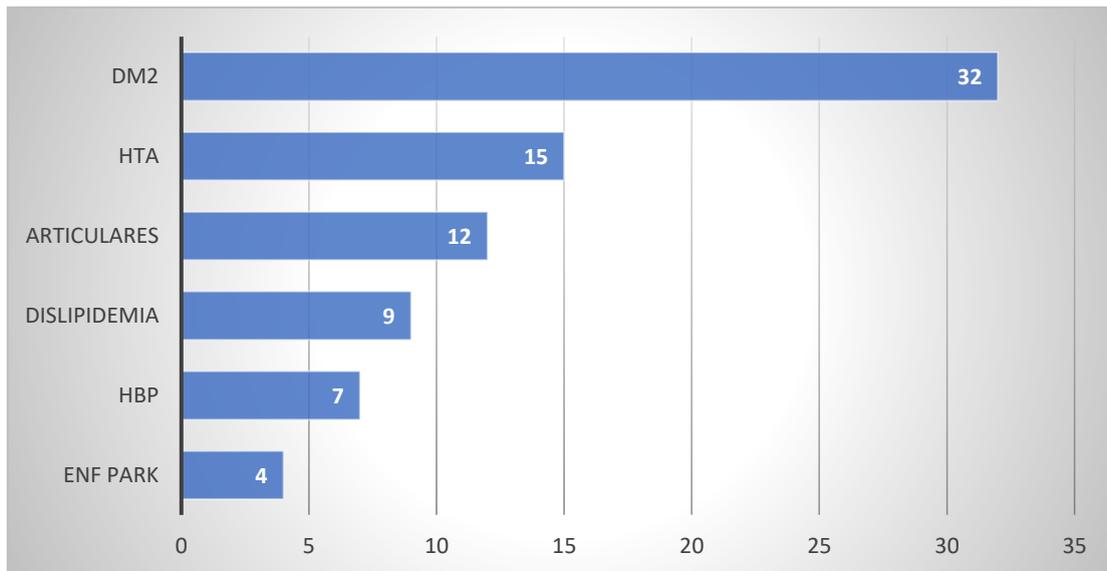
IV. RESULTADOS

TABLA 01: Características generales de la población geriátrica con presencia o no de fragilidad en medicina interna y familiar del HDSI. Septiembre – diciembre 2022

		N	%
EDAD ($\bar{X} \pm DE$)		70	7
SEXO			
	FEMENINO	86	86,0%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ILETRADO	10	10,0%
	PRIMARIA	30	30,0%
	SECUNDARIA	37	37,0%
	SUPERIOR	23	23,0%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	30	30,0%
	CASADO	53	53,0%
	VIUDO	8	8,0%
	SEPARADO	4	4,0%
	CONVIVIENTE	5	5,0%
FRAGILIDAD	NO FRAGIL	5	5,0%
	FRAGIL	95	95,0%

En nuestra investigación realizada se encontró que la edad promedio en ambos grupos frágiles y no frágiles fue de 70 años con una desviación estándar ± 9 para frágiles y ± 7 años para no frágiles. No existiendo diferencias estadísticamente significativas con respecto a ello. La población minoritaria fue del sexo masculino con 14 personas (14%), la población de educación básica fue de 67 (67%). En el estado civil las personas que viven solas son 42 y los que viven en compañía son 58 personas, los que viven acompañados son supervisados para realizar sus actividades de la vida diaria y los que viven solos son independientes en la mayoría de veces. En cuanto a la fragilidad nos indica que varones frágiles son 13 % y mujeres frágiles 82%.

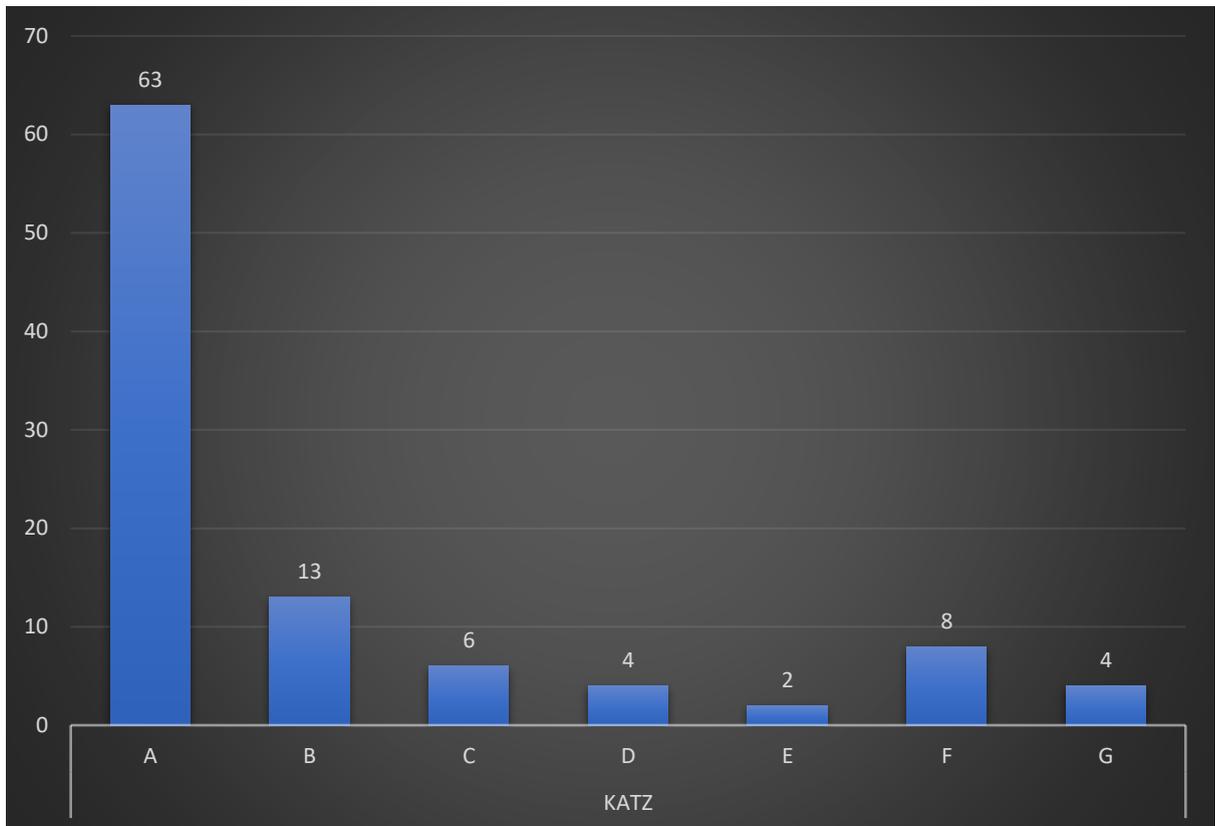
Gráfico 01: Características de la comorbilidad en población geriátrica en servicios de medicina general y familiar en HDSI. Setiembre – diciembre 2022



Las personas que presentaron comorbilidad cardio metabólicas fueron el 56 %, en las comorbilidades limitantes funcionales representa el 16 % y HBP (7%).

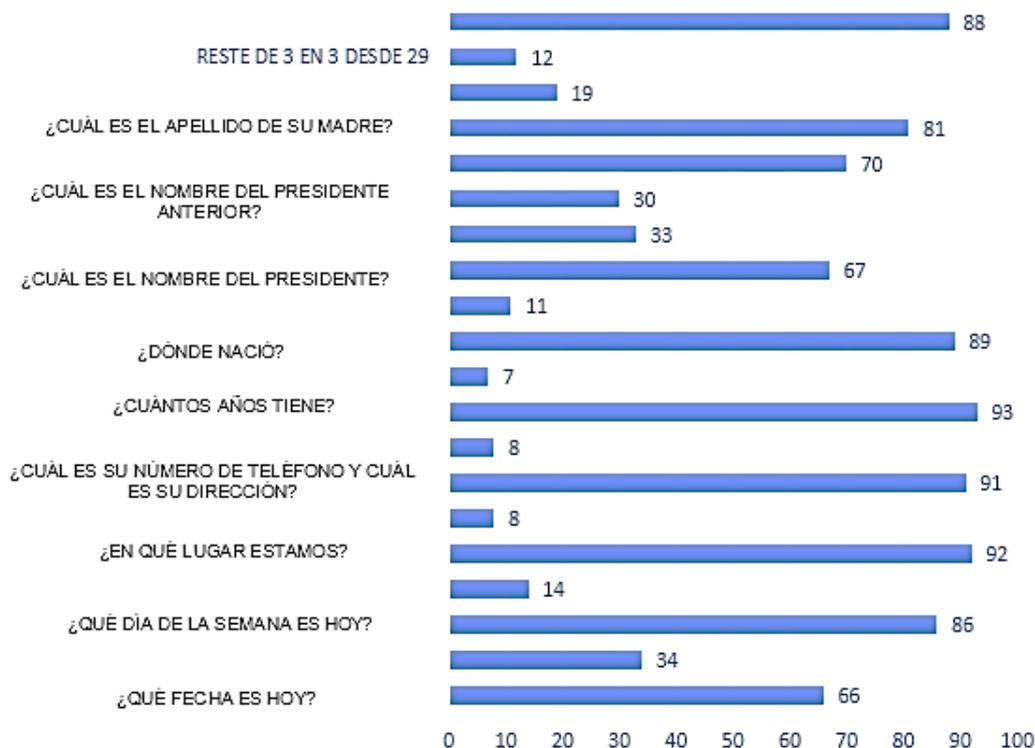
Presentaron fragilidad en cuanto a HTA el 15%, en DM2 el 31%, HBP el 7 %, enfermedades articulares 12%, dislipidemia el 7% y enfermedad de Parkinson 4%.

Gráfico 02: Valoración del índice de KATZ en población geriátrica en servicios de medicina interna y familiar del HDSI. Septiembre - Diciembre 2022.



Mediante Katz se evaluó 6 ítems, cada uno corresponde a una actividad como alimentación, vestido, baño, continencia urinaria/fecal, transferencias y uso del sanitario en donde 63 de 100 pacientes son independientes para hacer todas las actividades básicas de la vida diaria, parcialmente independientes son 33 y 4 son dependientes totales.

Gráfico 03: Valoración de Escala de Pfeiffer en población geriátrica en los servicios de medicina interna y familiar del HDSI. Septiembre - diciembre 2022.



En cuanto al deterioro cognitivo las tres preguntas que tuvieron más errores al responder fue la resta de tres en tres con un 89% de error lo cual indicaría que tienen el cálculo alterado; en segundo lugar, fue ¿Cuál es nombre de presidente anterior? con un error del 70 % manifestando alteración en la memoria evocativa y en tercer lugar ¿Qué día de la semana es hoy? con un 34 % de error, indicando una falla en la orientación temporal.

Las preguntas que tuvieron más respuestas correctas fueron su edad, en qué lugar se encontraban y cuál es su dirección.

Tabla 02: Valoración de escala de Yesavage en población geriátrica en los servicios de medicina interna y familiar del HDSI. Septiembre - diciembre 2022.

		N	%
¿ESTA SATISFECHO CON SU VIDA?			
	POSITIVO	39	39,0%
¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACIA?			
	POSITIVO	41	41,0%
¿SE SIENTE ABURRIDO FRECUENTEMENTE?			
	POSITIVO	40	40,0%
¿ESTA PREOCUPADO PORQUE PIENSA QUE ALGO MALO LE VA PASAR?			
	POSITIVO	48	48,0%
¿PIENSA QUE LA MAYORIA DE GENTE TIENE MAS SUERTE QUE USTED?			
	POSITIVO	48	48,0%
TEST YESAVAGE			

En la valoración de la depresión los positivos más frecuente fue que considera que tienen más suerte que ellos y el que piensan que algo malo va a pasar con un 48% en ambos casos.

Los negativos más frecuentes fue la pregunta si es que está satisfecho con su vida con un 61% y el 60 % se siente aburrido con su vida

Tabla 03: Valoración de escala de Gijón en población geriátrica en los servicios de medicina interna y familiar del HDSI. Septiembre - diciembre 2022.

		N	%
SITUACIÓN FAMILIAR	VIVE CON FAMILIA SIN DEPENDENCIA	28	28,0%
	VIVE CON CONYUGE DE SIMILAR EDAD	20	20,0%
	VIVE CON FAMILIA O CONYUGE Y PRESENTA DEPENDENCIA	26	26,0%
	VIVE SOLO Y TIENE HIJOS PROXIMOS	20	20,0%
	VIVE SOLO Y CARECE DE HIJOS O VIVEN ALEJADOS	6	6,0%
SITUACIÓN ECONÓMICA	MAS 1,5 SMV	36	36,0%
	DE 1,5 SMV A 1 SMV	20	20,0%
	DE SMV A PENSION MINIMA CONTRIBUTIVA	21	21,0%
	LIMITE SUPERIOR MINIMO DE PMC A PENSION NO CONTRIBUTIVA	7	7,0%
	SIN INGRESOS O INFERIORES A 4	16	16,0%
VIVIENDA	ADECUADA A NECESIDADES	57	57,0%
	BARRERAS ARQUITECTONICAS	17	17,0%
	HUMEDAS, MALA HIGIENE, EQUIPAMIENTO INADECUADO	9	9,0%
	AUSENCIA DE ASCENSOR Y TELEFONO	13	13,0%
	VIVIENDA INADECUADA	4	4,0%
RELACIONES SOCIALES	RELACIONES SOCIALES	7	7,0%
	RELACION SOCIAL SOLO CON FAMILIA Y VECINOS	68	68,0%
	RELACION SOCIAL SOLO CON FAMILIA O VECINOS	19	19,0%
	NO SALE DEL DOMICILIO, RECIBE VISITAS	5	5,0%
	NO SALE Y NO RECIBE VISITAS	1	1,0%
APOYO DE LA RED SOCIAL	CON APOYO FAMILIAR O VECINAL	10	10,0%
	VOLUNTARIADO SOCIAL, AYUDA DOMICILIARIA	80	80,0%
	NO TIENE APOYO	6	6,0%
	PENIDENTE DE INGRESO A RESIDENCIA GERIATRICA	1	1,0%
	TIENE CUIDADOS PERMANENTES	3	3,0%

En la situación familiar el 28 % de la población vive con familia sin dependencia y la menos frecuente 6% vive solo y carece de hijo o viven alejados.

En la situación económica la tercera parte de mi población el 36% vive con más del sueldo mínimo vital y el 16 % la pensión mínima vital.

A nivel de vivienda, más de la mitad el 57 % de mi población vive con una vivienda adecuada a necesidades y 4 % viven en una inadecuada a necesidades.

En relaciones sociales 1 persona no sale y no recibe visitas

Apoyo de la red social 8 de cada 10 adultos mayores recibe ayuda de voluntariados social o ayuda domiciliaria.

En cuanto a la valoración social nos indica que de la población estudiada el 27 % tiene un aceptable nivel social, el 66% riesgo social y el 7 % problema social

Tabla 04: Interacción de escalas

		N	%
PFEIFFER	NORMAL	48	48,0%
	DETERIORO COGNITIVO LEVE	34	34,0%
	DETERIORO COGNITIVO MODERADO	14	14,0%
	DETERIORO COGNITIVO SEVERO	4	4,0%
YESAVAGE	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS	43	43,0%
	CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS	57	57,0%
GIJON	ACEPTABLE NIVEL SOCIAL	27	27,0%
	RIESGO SOCIAL	66	66,0%
	PROBLEMA SOCIAL	7	7,0%
FRAGILIDAD	NO FRAGIL	5	5,0%
	FRAGIL	95	95,0%

La mayor cantidad de deterioro cognitivo severo fue lo correspondiente a las mujeres con el 4%.

En cuanto a la valoración de depresión quienes quien tienen mayores manifestaciones depresivas son las mujeres con un 52%

En la valoración sociofamiliar tienen mayor problema social las mujeres con un 7%

La población que más frágiles son es la del sexo femenino con un 82%.

Tabla 03: Valoración de fragilidad de la población geriátrica en los servicios de medicina interna y familiar del HDSI. Septiembre - diciembre 2022.

		FRAGILIDAD				p
		NO FRAGIL		FRAGIL		
		N	%	N	%	
EDAD		70	9	70	7	>0,05 ^z
SEXO	MASCULINO	1	1,0%	13	13,0%	>0,05 ^t
	FEMENINO	4	4,0%	82	82,0%	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ILETRADO	-	-	10	10,0%	>0,05 ^t
	PRIMARIA	-	-	30	30,0%	
	SECUNDARIA	3	3,0%	34	34,0%	
	SUPERIOR	2	2,0%	21	21,0%	

ESTADO CIVIL	SOLTERO	4	4,0%	26	26,0%	<0,05[‡]
	CASADO	-	-	53	53,0%	
	VIUDO	-	-	8	8,0%	
	SEPARADO	-	-	4	4,0%	
	CONVIVIENTE	1	1,0%	4	4,0%	
HTA	NO	5	5,0%	80	80,0%	>0,05 [‡]
	SI	-	-	15	15,0%	
DM2	NO	4	4,0%	64	64,0%	>0,05 [‡]
	SI	1	1,0%	31	31,0%	
HBP	NO	5	5,0%	88	88,0%	>0,05 [‡]
	SI	-	-	7	7,0%	
ARTICULARES	NO	5	5,0%	83	83,0%	>0,05 [‡]
	SI	-	-	12	12,0%	
DISLIPIDEMIA	NO	3	3,0%	88	88,0%	<0,05[‡]
	SI	2	2,0%	7	7,0%	
ENF PARK	NO	5	5,0%	91	91,0%	>0,05 [‡]
	SI	-	-	4	4,0%	

‡: Realizado mediante la prueba de T-student para 2 muestras independientes.

‡: Realizado mediante la prueba de chi-cuadrado.

En nuestro resultado no existieron diferencias estadísticamente significativas en la media de ambos grupos de estudio, según la prueba t-student para 2 muestras independientes

De las variables epidemiológicas sexo y grado de instrucción no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, según la prueba chi-cuadrado ($p > 0,05$) Se encontró diferencias estadísticamente significativas en los pacientes adultos mayores solteros con respecto a los demás grupos.

De las comorbilidades solo la dislipidemia tuvo una diferencia estadísticamente significativa, las demás comorbilidades no se encontró alguna diferencia.

V. DISCUSIÓN:

En favor a describir el perfil de la VGI en los adultos mayores, según Wanden.C (2021) su objetivo principal es desarrollar planes de prevención, tratamiento y rehabilitación para lograr ser independientes y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Se puede decir que en los hospitales y en atención primaria, la VGI es la mejor herramienta. Esto puede promover prácticas médicas con una visión general para garantizar una atención apropiada, efectiva y de alta calidad. ³²

La edad promedio en ambos grupos frágiles y no frágiles fue de 70 años con una desviación estándar ± 9 AÑOS para frágiles y ± 7 años para no frágiles, García J (2016) encontró que la media de edad de los grupos frágil y no frágil fue de 73 y 68 años, respectivamente, la diferencia fue significativa debido a la diferencia en la población de estudio, los pacientes del autor fueron hospitalizados, teniendo en cuenta que el declive funcional de los adultos mayores se asocia con hospitalización más prolongada, desarrollo de otras enfermedades agudas, mayor mortalidad, institucionalización y readmisión..³³

Coincidentemente al caracterizar a los adultos mayores; en el estudio se encuentra que el sexo femenino acudió más a consulta que los varones (52,1% vs 47,9%), resultados similares a los de Rodríguez. O (2021) quien hizo un estudio porcentual en el que los resultados indicaron que tuvo más predominio las mujeres con 60 – 69 años representando un 54%, los datos se deben revisar en función a la relación de adultos mayores de cada región y los que tienen acceso a los servicios de salud.¹⁰

En cuanto a las comorbilidades más prevalentes en nuestro estudio fueron las personas que presentaron comorbilidad cardio metabólicas fueron el 56 %, siendo DM2 con un 32% la más frecuente, seguida de HTA con 15%, en las comorbilidades limitantes funcionales representa el 16 % y HBP (7%); a diferencia del estudio de Hurtado. L (2018) en el que se mostró patología más frecuente a la hipertensión arterial (67%), seguida de la diabetes mellitus (18%), en tercer lugar, la artrosis y la obesidad /sobrepeso (17% cada una) teniendo en cuenta que a nivel de sistemas hay cambios funcionales y anatómicos, como la elevación de la presión por el hecho de que las paredes arteriales se endurecen, por lo que son menos elásticas y ofrecen una mayor resistencia al flujo sanguíneo, la disminución funcional del sistema renal; aumento en el tamaño de la próstata; pérdida de la masa muscular e incremento de la desmineralización ósea, ocasionando osteoporosis, artrosis y mayor sensibilidad a las fracturas tras las caídas¹⁶. Según el estudio del el Instituto Nacional de Estadística e Informática en enfermedades no trasmisibles (2021) la prevalencia con la que se presentan las comorbilidades dependerá del sexo, la región, el grupo étnico, la adherencia y cumplimiento en el tratamiento.³⁵

Las variables epidemiológicas sexo y grado de instrucción no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, siendo la población de educación básica

de (67%). Según Billy. A (2020) menciona que a menor grado de instrucción existe mayor deterioro cognitivo¹⁵. Camargo y colaboradores (2017) menciona que el tener solo educación primaria puede ocasionar desarrollo de deterioro cognitivo, indicando la importancia de la educación como factor protector para prevenir el deterioro cognitivo. La educación escolar se considera factor importante en el desarrollo cognitivo y en su posterior mantenimiento, pues brinda reserva para la prevención de la pérdida de cognición.¹⁹

En el estado civil las personas que viven solas son 42 y los que viven en compañía son 58 personas, los que viven acompañados son supervisados para ejecutar actividades de la vida cotidiana y los que viven solos son independientes en la mayoría de veces, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en los pacientes adultos mayores solteros con respecto a los demás grupos. Billy. A (2020) informo que el estado civil no se consideró como factor predisponente a deterioro cognitivo, encontrándose que los hombres viudos tenían un mayor deterioro cognitivo que las personas casadas y divorciadas. La soledad, el aislamiento social, las relaciones familiares después de la pérdida de su pareja pueden conducir a la depresión, el estrés y el daño neurológico, la actividad cerebral se ralentiza debido a diversos mecanismos, lo que resulta en funciones cognitivas reducidas.¹⁵

En la esfera funcional en nuestro estudio el 63 de 100 pacientes fueron independientes para hacer sus actividades de la vida diaria, parcialmente independientes son 33 y 4 son dependientes totales, estudios similares a los de Chafloque. C (2015) en los que encontró que el 60% fueron independientes, dependiente parcial el 35 % y dependiente total el 4%, esto se puede deber a que ambos estudios fueron realizados en una población que fueron atendidos en consultorio externo, a pesar de la diferencia en el nivel de oportunidades que presenta la población comparada por ser de ES Salud.³⁵

En la esfera mental, el tamizaje de depresión mostró que no presentan manifestaciones depresivas un 43 % y manifiesta depresión un 57%. Según Wanden.C, (2021) la incidencia de problemas mentales es muy alta, con alrededor del 25% de los ancianos que sufren de enfermedades mentales. La depresión es la más común, afecta al 20% de los hombres y 40% de las mujeres, y tiene un gran impacto en la calidad de vida.³²

En la parte cognitiva de mi estudio no presento deterioro cognitivo el 48%, deterioro cognitivo leve el 34%, deterioro cognitivo moderado el 14% y deterioro cognitivo severo el 4%. Resultados diferentes a los de Del Aguila.B (2020) indicó que la frecuencia de deterioro cognitivo leve-moderado fue de 32% esto depende de aspectos psicosociales, orgánicos y enfermedades relacionadas a los antecedentes de los pacientes. Los factores están relacionados con la parte afectiva, los trastornos más frecuentes son por ansiedad y depresión en este grupo de edad. El identificar estos factores de riesgo, puede ser una forma de identificar al anciano con fragilidad afectiva.¹⁵

En la esfera social; en la valoración sociofamiliar el 27 % presento aceptable nivel social, el 66% riesgo social y el 7 % problema social. Chávez.J. Escalante y Delgado.P (2016) en la valoración sociofamiliar encontró que el 75.89% de la población presentó riesgo social bajo, el 11.61% riesgo social intermedio y el 12.50% riesgo social alto, se debe considerar aspectos para conocer cómo se relaciona el adulto mayor con el entorno, las características sociales pueden influir de manera directa en su estado de salud y en patologías. Es por ello que se debe conocer aspectos como la situación del cuidador, el lugar donde vive, nivel de ingresos, con quién vive y características de la vivienda.³²

VI. CONCLUSIONES:

1. La población de adultos mayores en hospital distrital Santa Isabel del Porvenir 2022, fueron mujeres de edad media de 70 años con estudios básicos, casadas y el 95% frágiles. Siendo las patologías más frecuentes HTA y DM2.
2. En la esfera funcional 2 de cada 3 personas eran independientes
3. En la esfera mental, la parte cognitiva mostró la mayor frecuencia sin deterioro cognitivo seguido del deterioro cognitivo leve; en la parte afectiva 6 de cada 10 mostraron síntomas depresivos.
4. En la esfera social 2 de cada 3 personas presentaron riesgo social.

VII. RECOMENDACIONES:

Se recomienda cumplir con la aplicación de VGI con la finalidad de identificar problemas sociales, médicos, funcionales y psicológicos de un adulto mayor frágil, con la finalidad de fomentar un plan de mejora del estado de salud general.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Envejecimiento y salud; [citado el 13 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Latinoamérica se envejece, pero el pronóstico es mejor de lo esperado [Internet]. Blog de LSE América Latina y el Caribe. 2022 [citado junio del 2022]. Disponible en: <https://blogs.lse.ac.uk/latamcaribbean/2022/02/17/envejecimiento-latinoamerica-caribe-mejor-esperado/>
3. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Gob.pe. [citado en junio 2022]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro>
4. Perú - Esperanza de vida al nacer [Internet]. datasmacro.com. 2022 [citado el 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://datasmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/peru>
5. Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018. . [citado junio del 2022]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
6. Álvarez Córdova Ludwig R, Artacho Reyes, Arteaga Cecilia, Fonseca Pérez Diana, Sierra Nieto Víctor H, Ruiz-López María Dolores. Valoración geriátrica integral en una comunidad marginal del Ecuador. Nutrición Hosp. [Internet]. de octubre de 2020 [citado en mayo de 2022]; 37 (5): 926-932. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000700007. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03040>.

7. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Gob.pe. [citado el 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
8. Vasquez C, Stefany C. Valoración geriátrica integral en pacientes atendidos por consulta externa en el Hospital Naylamp de Chiclayo - julio a diciembre del 2015. Universidad de San Martín de Porres; 2017. . [citado el 14 de julio de 2022] <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5174>
9. Leiton. E, Fajardo. E, Mori M. Caracterización del estado de salud de los adultos mayores en la región La Libertad (Perú). Salud, Barranquilla [Internet]. diciembre de 2017 [citado el 22 de mayo de 2022]; 33(3): 322-335. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000300322&lng=en.
10. Rodríguez O. Evaluación Geriátrica Integral en la localidad de Peñas Altas Guanabo del policlínico Mario Muñoz Monroy de enero a septiembre 2021. [citado junio del 2022]. Disponible en: <file:///C:/Users/ANA%20MARIA/Downloads/62-156-1-PB.pdf>
11. Coloma Andrade NE, González Carrión PA. Valoración geriátrica integral asociada a mortalidad en adultos mayores con insuficiencia cardiaca ingresados en el Hospital de la Policía Nacional Quito No. 1 en el periodo enero 2017 a diciembre 2020. PUCE - Quito; 2021. [citado junio del 2022]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/19485>
12. Álvarez. R, Artacho. R, Arteaga.C, Fonseca. D, Sierra Nieto Víctor H, Ruiz-López María Dolores. Valoración geriátrica integral en una comunidad marginal del Ecuador. Nutrición Hosp. [Internet]. 2020 Oct [citado el 2022 Junio; 37 (5): 926-932. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000700007&lng=es. Epub 04-ene-2021. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03040>

13. Tarazona H, Alicia R. Algunas comorbilidades asociadas a los grados de dependencia funcional en pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018. Universidad Alas Peruanas; 2019. [citado junio del 2022] <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/4528>
14. Beltrán.G. Factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores en el Club Vida Nueva del Distrito de José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa 2018. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018. [citado junio del 2022] <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5528>
15. Bobadilla L, Del Aguila J. Valoración del estado cognitivo-afectivo en asistentes al Centro del Adulto Mayor Essalud en Chiclayo del 2018. 2020 [citado en junio 2022]; Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USAT_7579f3eb761adccd820b96f24f6a81b8/Details
16. Hurtado. E. Valoración integral del adulto mayor en dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2018. 2018 [citado en julio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12152>
17. Runzer.F, Castro.A, Torres.C, Diaz.C et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horiz. Med.* [online]. 2017, vol.17, n.3, pp.50-57. ISSN 1727-558X. [citado junio del 2022]. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.09>.
18. Macedo C, César E. Valoración geriátrica integral como predictora de mortalidad en pacientes con cáncer gástrico. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-2016. Universidad de San Martín de Porres; 2017. [citado junio del 2022]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2976>
19. Camargo-Hernández K del C, Laguado-Jaimes E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Rev Univ. Salud.* 2017;19(2):163-170. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>

20. Bergós.C, Espinós.J. Utilidad De La Valoración Geriátrica Integral En Pacientes Intervenidos De Cirugía Mayor Abdominal. Universidad Internacional De Cataluña. 2017. [citado junio del 2022]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/454833/TESIS%20DOCTORAL%20M%20CARMEN%20BERGOS%20SOROLLA.pdf;jsessionid=B2DFAB54713254563154B515481E453C?sequence=1>
21. ¿Qué es un Adulto Mayor Según la OMS? [Internet]. Cañitas. Cañitas.mx; 2020 [citado el 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://canitas.mx/guias/adulto-mayor-oms/>
22. D'hyver De Las Deses C. Regreso por las sendas ya visitadas Valoración geriátrica integral [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un173h.pdf>
23. Gálvez-Cano Miguel, Chávez-Jimeno Helver, Aliaga-Diaz Elizabeth. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la valoración de la salud de los adultos mayores. Rvdo. Perú. medicina Exp. salud pública [Internet]. abril de 2016 [citado el 13 de julio de 2022]; 33 (2): 321-327. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2204>.
24. Valarezo H, Eduardo L. Valoración integral del adulto mayor en dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2018. 2018 [citado el 14 de julio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12152>
25. Actividades básicas de la vida diaria (Índice de KATZ) [Internet]. Gob.mx. [citado el 3 de julio de 2022]. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Generalidades/Unidad%202/Parte_1/01_KATZ.pdf
26. Redeleam.cl. [citado el 14 de julio de 2022]. Disponible en:

<https://redeleam.cl/wp-content/uploads/2020/03/Cuestionario-de-Pfeiffer.pdf>

27. Gob.mx. [citado el 3 de julio de 2022]. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Cuidamhe/MODULO_I/UNIDAD_3/GDS.pdf
28. Portal Opimec:: Comentarios de la sección 4. ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN [Internet]. Opimec.org. [citado el 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.opimec.org/documentos/2997/atencion-a-pacientes-pluripatologicos-proceso-asistencial-integrado/6550/comentarios/>
29. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64° Asamblea General, Fortaleza, Brazil, octubre 2013. [citado junio del 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
30. Código Nacional de la Integridad Científica [en línea]. Lima: Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de Tecnología; 2019 [Citado 2021 JUN 2]. Disponible en: <https://portal.concytec.gob.pe/index.php/guias-ydocumentos-de-trabajo/item/243-codigo-nacional-integridad-cientifica>
31. Universidad Cesar Vallejo. Resolución de Consejo Universitario N°0340-2021/UCV del 10 de mayo del 2021 que aprueba la actualización del Código de Ética.
standards for educational and psychological testing. American Educational Research Association. Washington D.C.: American Psychological Association [online]. 2014. [Cited: 2021 Jun 28] Available from: <https://www.testingstandards.net/uploads/7/6/6/4/76643089/978093530235>
32. Wanden-Berghe Carmina. Valoración geriátrica integral. hospital casa [Internet]. 2021 junio [citado el 2023 enero 09] ; 5(2): 115-124. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152021000200004&lng=es. Epub 13-sep-2021. <https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v5i2.136>.
33. García-Cruz JC, García-Peña C. Impacto de la fragilidad sobre el estado

funcional en ancianos hospitalizados. Rev Med Inst Mex Seg Soc 2016;54
 Supl 2:S176-85. Disponible en
<https://www.redalyc.org/journal/4577/457746954010/html/>

34. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/2983123-peru-enfermedades-no-transmisibles-y-transmisibles-2021>
35. Chafloque. C. Valoración geriátrica integral en pacientes atendidos por consulta externa en el hospital Naylamp de Chiclayo - julio a diciembre del 2015. Chiclayo 2017.

ANEXOS:

Anexo 01. Matriz de operacionalización de las variables de estudio.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Género	Cualitativa dicotómica	Género según consta en DNI. ⁷	Epidemiológica	Masculino Femenino	Nominal
Grado de Instrucción	Cualitativa Politómica	Grado de instrucción referido por paciente o familiar/cuidador. ⁵	Epidemiológica	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Ordinal
Edad	Cuantitativa Discreta	De 60 años a más. ²¹	Epidemiológica	Años	Razón
Estado sociofamiliar Gijon	Cualitativa Politómica	Enfermedades crónicas presentes según frecuencia y especificidad. ²⁴	Clínica Geriátrica	0-1 puntos: Ausencia comorbilidad: 2 puntos: Comorbilidad baja >3 puntos: Comorbilidad alta	Ordinal
Escala de Yesavage	Cualitativa Politómica	Valoración sociofamiliar permite	Clínica Geriátrica	Las respuestas	Ordinal

		detectar situaciones de riesgo o problemas sociales, permitiendo la medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. ²²		puntuables son afirmativas en los ítems 2, 3, 4 y 5, y negativas en el ítem 1. Cada respuesta acertada puntúa 1. Una puntuación de 2 o más es indicativa de depresión.	
Estado funcional Índice de Katz	Cualitativa Politómica	Evaluación de independencia o dependencia funcional del paciente para: bañarse, vestirse, ir al baño, transferirse, continencia y alimentación. ²³	Clínica Geriátrica	“Independent e en todas las funciones “(A) “Independent e en todas salvo en una de ellas” (B) “Independent e en todas salvo lavado y otra más” (C) “Independent e en todas salvo lavado, vestido y otra	Ordinal

				<p>más” (D)</p> <p>“Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra más” (E)</p> <p>“Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más” (F)</p> <p>“Dependiente en las seis funciones” (G)</p>	
<p>Estado cognitivo</p> <p>Escala de Pfeiffer</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Politómica</p>	<p>Muestra el deterioro cognitivo.²⁶</p>	<p>Clínica</p> <p>Geriátrica</p>	<p>“Valoración cognitiva normal” (0 – 2)</p> <p>“Deterioro leve” (3 – 4)</p> <p>“Deterioro moderado” (5 – 7)</p> <p>“Deterioro severo” (8 – 10)</p>	<p>Nominal</p>

Ficha de recolección de datos (anexo 02)

1. Edad

2. Género Femenino Masculino

3. Estado Civil

4. Escolaridad

5. Padece alguna enfermedad Si No

a. Diabetes

b. Hipertensión arterial

c. Cardiopatía

d. Otra, Cuál? _____

Consentimiento informado (anexo 03)

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Yo,identificado con DNI N°..... Manifiesto mi consentimiento para participar en el Proyecto de Investigación titulado “VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN UN HOSPITAL DE TRUJILLO” El objetivo fundamental de este estudio es describir el perfil de la valoración geriátrica integral en los adultos mayores de la población del hospital distrital del Porvenir Santa Isabel 2022.. Manifiesto, que mi participación consistirá en la determinación del objetivo fundamental antes señalado, mediante la aplicación de 2 CUESTIONARIOS, se me ofrece, la seguridad de que los datos que se obtengan del estudio, serán manejados en forma confidencial, y serán utilizados únicamente para los fines antes mencionados.

Firma del participante

Murrugarra Aguilar Ana Maria
Firma del responsable del Proyecto

KATZ (anexo 04)

Actividades básicas de la vida diaria (Índice de KATZ)

		SI (1 punto)	No (0 puntos)
INDEPENDENCIA EN ABVD	1) Baño (Esponja, regadera o tina) SI: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). SI: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna). No: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Vestido SI: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. SI: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. No: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3) Uso del sanitario SI: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). SI: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya al baño por sí mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Transferencias SI: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte). SI: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. No: Que no pueda salir de la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5) Continencia SI: Control total de esfínteres. SI: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Alimentación SI: Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna. SI: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CALIFICACIÓN DE KATZ

- [A] Independencia en todas las actividades básicas de la vida diaria.
- [B] Independencia en todas las actividades menos en una.
- [C] Independencia en todo menos en bañarse y otra actividad adicional.
- [D] Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra actividad adicional.
- [E] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra actividad adicional.
- [F] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra actividad.
- [G] Dependiente en las seis actividades básicas de la vida diaria.
- [H] Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E, y F.

Resultado /6[]

• Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, 185 (12), 914-919

• Cabefero Martínez, M. J., Cabrero García, J., Richart Martínez, M. y Muñoz Mendoza, C. L. (2000). The spanish version of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): a structured review. Arch Gerontol Geriatr, 40(1), e77-e84



Pfeiffer (Anexo 05)

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Yesavage (anexo 06)

Escala de Yesavage GDS-5

No	Pregunta	1 punto si responde	
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	<i>NO</i>	
2	¿Siente que su vida está vacía?	<i>SI</i>	
3	¿Se siente aburrido frecuentemente?	<i>SI</i>	
4	¿Está preocupado porque piensa que algo malo le va pasar?	<i>SI</i>	
5	¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted?	<i>SI</i>	

Gijon (anexo 07)

ESCALA "GIJÓN" DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

<p>A- SITUACIÓN FAMILIAR</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica. 2. Vive con cónyuge de similar edad. 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia. 4. Vive solo y tiene hijos próximos. 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados. 	
<p>B- SITUACION ECONOMICA¹:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más de 1,5 veces el salario mínimo. 2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive. 3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva. 4. L.I.S.M.I. – F.A.S. – Pensión no contributiva. 5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior. 	
<p>C- VIVIENDA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuada a necesidades. 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas, baños..) 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción). 4. Ausencia ascensor, teléfono. 5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos). 	

<p>D - RELACIONES SOCIALES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones sociales. 2. Relación social sólo con familia y vecinos 3. Relación social sólo con familia o vecinos. 4. No sale del domicilio, recibe visitas. 5. No sale y no recibe visitas. 	
<p>E - APOYOS DE LA RED SOCIAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con apoyo familiar o vecinal. 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica. 5. Tiene cuidados permanentes. 	
TOTAL	



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, LEGUIA CERNA JUAN ALBERTO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Valoración geriátrica integral del adulto mayor", cuyo autor es MURRUGARRA AGUILAR ANA MARIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 27.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 13 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
LEGUIA CERNA JUAN ALBERTO DNI: 43647258 ORCID: 0000-0002-9014-5603	Firmado electrónicamente por: JALEGUAL el 13-01- 2023 19:07:41

Código documento Trilce: TRI - 0519431