



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS
EN LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL CENTRO DE SALUD “SAN ISIDRO”-

LIMA 2025

**Línea de investigación:
Salud Pública**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora

Vargas Gonzalez, Gulnara Elizabeth

Asesor

Del Águila Villar, Carlos Manuel

ORCID: 0000-0002-5345-5995

Jurado

Trujillo Herrera, Teresa Feliciano

Cruzado Vasquez, Williams

Bottoni Tito, Elard Manuel

Lima - Perú

2026

RECONOCIMIENTO - NO COMERCIAL - SIN OBRA DERIVADA
(CC BY-NC-ND)



VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL CENTRO DE SALUD "SAN ISIDRO"- LIMA 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%	14%	3%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	1library.co Fuente de Internet	<1%
5	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	Sara Sentí, Clara Gené, José Troya, Cristina Pacho et al. "Valoración geriátrica integral: influencia en los resultados clínicos de la cirugía colorrectal en pacientes de edad muy avanzada", Gastroenterología y Hepatología, 2020 Publicación	<1%
8	laalamedilla.org Fuente de Internet	<1%
9	Submitted to Universidad de Monterrey Trabajo del estudiante	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS
EN LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL CENTRO DE SALUD “SAN ISIDRO”-**

LIMA 2025

Línea de Investigación

Salud Pública

Tesis para optar el título de Médico Cirujano

Autora

Vargas Gonzalez, Gulnara Elizabeth

Asesor

Del Águila Villar, Carlos Manuel

Código ORCID: 0000-0002-5345-5995

Jurado

Trujillo Herrera, Teresa Feliciano

Cruzado Vasquez, Williams

Bottoni Tito, Elard Manuel

Lima – Perú

2026

DEDICATORIA

A mis amados padres Abraham y Blanca, por su amor incondicional, su esfuerzo y los valores que me inculcaron. Gracias por ser mi guía, mi fuerza y mi ejemplo de vida.

A mis queridos hermanos Jehangir y Rurik, compañeros de vida, por sus palabras de aliento, apoyo constante y por creer siempre en mí.

A mi mamá María y mamá Amanda, por sus oraciones, sus consejos, su ternura y cariño.

A mis tíos y tías, por su afecto, apoyo permanente y por estar siempre presentes.

A la memoria de mi papá Telo y papá Jesús, tías Carmen, Vicky y Esperanza, tíos Temo y Manuel, que partieron y desde el cielo me guían, acompañan y me dan fortaleza.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Descripción y formulación del problema	8
1.1.1. <i>Descripción del problema</i>	8
1.1.2. <i>Formulación del problema</i>	10
1.1.2.1. Problema general	10
1.1.2.2. Problemas específicos	10
1.2. Antecedentes	11
1.2.1. <i>Antecedentes Internacionales</i>	11
1.2.2. <i>Antecedentes Nacionales</i>	12
1.3. Objetivos	13
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	13
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	13
1.4. Justificación.....	14
II. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Envejecimiento.....	16
2.2. Valoración geriátrica integral.....	16
2.2.1. <i>Fundamentos teóricos</i>	17
2.2.2. <i>Componentes de la Valoración Geriátrica Integral</i>	17
2.2.2.1. <i>Valoración clínica</i>	17
2.2.2.2. <i>Valoración funcional</i>	18
2.2.2.3. <i>Valoración cognitiva y afectiva</i>	18
2.2.2.4. <i>Valoración sociofamiliar</i>	18
2.2.2.5. <i>Valoración nutricional según el índice de masa corporal</i>	18
2.3. Valoración Geriátrica Integral en el cuidado del adulto mayor	19
III. METODOLOGÍA	20
3.1. Tipo de investigación	20
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	20
3.3. Variables y operacionalización.....	20
3.3.1. <i>Variable Independiente</i>	20
3.3.2. <i>Variables Dependientes</i>	20
3.3.3. <i>Operacionalización de Variables</i>	21
3.4. Población y muestra.....	26
3.4.1. <i>Población</i>	26
3.4.2. <i>Muestra</i>	26
3.4.3. <i>Criterios de inclusión</i>	26
3.4.4. <i>Criterios de exclusión</i>	27
3.5. Instrumentos de recolección de datos	27
3.6. Procedimientos	28
3.7. Análisis de datos	29

3.8. Consideraciones éticas.....	29
IV. RESULTADOS	30
V. DISCUSIÓN	36
VI. CONCLUSIONES	40
VII. RECOMENDACIONES	41
VIII. REFERENCIAS.....	42
IX. ANEXOS	46
Anexo A: Matriz De Consistencia	46
Anexo B: Consentimiento Informado.....	47
Anexo C: Ficha De Recolección De Datos.....	48
Anexo D: Valoración Funcional – Índice de Katz (Actividades Básicas De La Vida Diaria)	49
Anexo E: Valoración Cognitiva - Cuestionario Breve del Estado Mental de Pfeiffer	50
Anexo F: Escala De Depresión Geriátrica Abreviada De Yesavage (GDS-4).....	51
Anexo G: Valoración Sociofamiliar De Gijón	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025	31
Tabla 2. Distribución del estado nutricional según el índice de masa corporal en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro, septiembre-noviembre 2025.....	32
Tabla 3. Valoración funcional según el Índice Katz en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro, septiembre-noviembre 2025.....	33
Tabla 4. Valoración cognitiva según Cuestionario Breve del Estado Mental de Pfeiffer en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro, septiembre-noviembre 2025.....	33
Tabla 5. Estado afectivo según Escala de Depresión Geriátrica Abreviada De Yesavage en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro, septiembre-noviembre 2025.....	34
Tabla 6. Valoración sociofamiliar según la Escala De Gijón en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro, septiembre-noviembre 2025	35

Resumen

Objetivo: Determinar el estado funcional, cognitivo, afectivo, nutricional y sociofamiliar de la población geriátrica atendida en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro entre septiembre y noviembre de 2025 mediante la implementación de la Valoración Geriátrica Integral. **Método:** Tipo observacional, descriptivo de corte transversal en 144 adultos mayores (≥ 60 años), escogidos por selección aleatoria simple. Se empleó una ficha basada en la VACAM para datos sociodemográficos y clínicos, el Índice de Katz para funcionalidad, el Cuestionario Breve del Estado Mental de Pfeiffer para cognición, la Escala de Depresión Geriátrica abreviada de Yesavage para estado afectivo y la escala de evaluación Sociofamiliar de Gijón. **Resultados:** El 77 % de la población de estudio presentó al menos alguna comorbilidad. Solo el 41 % mostró IMC normal, mientras que el 59 % restante evidenció delgadez, sobrepeso u obesidad. Aunque el 77 % fue funcionalmente independiente, cerca de 1 de cada 4 presentó deterioro cognitivo en distintos grados. El 40 % tuvo manifestaciones depresivas y el 47 % se encontró en situación de riesgo o problema social. **Conclusiones:** Los hallazgos revelan una carga importante de comorbilidades, alteraciones nutricionales, síntomas depresivos, pérdida de funciones cognitivas y vulnerabilidad social en la población geriátrica, a pesar de conservar mayoritariamente la independencia funcional. Estos resultados sostienen la necesidad de utilizar de manera rigurosa la Valoración Geriátrica Integral en el nivel de atención primario para reconocer tempranamente a las personas de este grupo etario en riesgo y orientar intervenciones preventivas y de soporte integral.

Palabras clave: adulto mayor, valoración geriátrica integral, estado funcional, depresión geriátrica, riesgo sociofamiliar.

Abstract

Objective: To determine the functional, cognitive, affective, nutritional, and socio-familial status of geriatric population attended in the ambulatory care units of the San Isidro Health Center between September and November 2025 through the implementation of the Comprehensive Geriatric Assessment. **Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study of 144 older adults (≥ 60 years) selected by simple random sampling. A VACAM-based form was used for sociodemographic and clinical data; functional status was assessed with the Katz Index; cognition with Pfeiffer's Short Portable Mental Status Questionnaire; affective status with the short form of the Yesavage Geriatric Depression Scale; and the socio-familial dimension with the Gijón Socio-Familial Evaluation Scale. **Results:** Seventy-seven percent of the study population had at least one comorbidity. Only 41% had a normal BMI, while the remaining 59% were underweight, overweight, or obese. Although 77% were functionally independent, approximately one in four exhibited cognitive impairment of varying degrees. Forty percent showed depressive symptoms, and 47% were in a situation of social risk or social problem. **Conclusions:** The findings reveal a substantial burden of comorbidities, nutritional alterations, depressive symptoms, cognitive decline, and social vulnerability in this population, despite the majority maintaining functional independence. These results support rigorous, systematic use of the Comprehensive Geriatric Assessment in primary care to enable early identification of at-risk older adults and to guide preventive and comprehensive support interventions.

Keywords: older adult; comprehensive geriatric assessment; functional status; geriatric depression; sociofamily risk

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

Envejecer forma parte del curso normal de la vida. No ocurre de golpe, sino de manera gradual, mientras el organismo acumula cambios que pueden afectar la fuerza, la movilidad, la memoria y otras capacidades. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) refiere que estos cambios incrementan la vulnerabilidad frente a enfermedades y dependencia, aunque resalta que con condiciones adecuadas de cuidado, apoyo y participación, es posible alcanzar una vejez con buena calidad de vida.

El problema aparece cuando los años ganados en esperanza de vida no se acompañan de buena salud ni de entornos que permitan a las personas mayores mantenerse activas, autónomas e integradas. Factores como nivel socioeconómico, la educación, la accesibilidad a servicios, vivienda y el soporte familiar influyen en cómo se envejece y generan desigualdades en bienestar, funcionalidad y condiciones de vida. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2022) señala que estas brechas se acentúan en la vejez y demandan respuestas específicas por medio de acciones concretas del Estado y del sector salud.

La OMS (2025) define como persona adulta mayor a quien tiene 60 años o más, criterio ampliamente utilizado para formular indicadores y acciones específicas orientadas a este grupo etario. El aumento sostenido de esta población, vinculado al incremento de la esperanza de vida y a una baja natalidad, exige organizar servicios que brinden atención integral y continua, con énfasis en la preservación de la autonomía y el rol activo con su entorno (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

En el contexto nacional, cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2025) muestran aumento progresivo de las personas de edad avanzada y una presencia cada

vez mayor de este grupo dentro de los hogares, lo que incrementa la demanda de control de enfermedades crónicas, apoyo en el cuidado diario y seguimiento a partir del primer nivel de atención. Esta situación se alinea con las orientaciones del Ministerio de Salud del Perú (2012), lo que plantea la necesidad de potenciar la atención de las personas de la tercera edad según el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).

En el distrito de San Isidro, el Compendio Estadístico Distrital 2024 reporta 70 840 habitantes, de los cuales alrededor del 21 % son personas de 60 años o más, es decir, cerca de 14 800 residentes (Municipalidad de San Isidro, 2024). Esta proporción confirma un proceso de envejecimiento poblacional sostenido y resalta la importancia de que los servicios del primer nivel cuenten con estrategias claras para identificar riesgos y necesidades específicas de la población geriátrica.

El Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad incorpora lo que se conoce como Ficha Única de Valoración Clínica del Adulto Mayor conocido como VACAM el cual se utiliza como herramienta que permite registrar información clínica, funcional, cognitiva, afectiva y social, orientada a la detección temprana de fragilidad, dependencia y riesgo social (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2012). Estudios nacionales han mostrado que su aplicación sistemática facilita una visión más completa del adulto mayor y contribuye a mejorar la toma de decisiones clínicas (Camacllanqui et al., 2020; Huamán, 2021).

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) se caracteriza por su naturaleza multidimensional que integra la evaluación clínica, cognitiva, social, funcional y emocional a fin de reconocer posibles problemas, priorizar intervenciones y elaborar planes de cuidado individualizados. La evidencia muestra que su uso se asocia con una mejor detección de riesgos, optimización de recursos y contribución al bienestar general de los adultos mayores (Briggs et al., 2022; Pacurucu et al., 2024).

Tomando en consideración estos antecedentes, en este estudio se aplicó la Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro entre septiembre y noviembre de 2025, utilizando un cuestionario elaborado a partir de la Ficha VACAM. Esto permitió describir la funcionalidad, estado cognitivo, afectivo, nutricional y sociofamiliar de esta población y generar información útil para fortalecer la atención geriátrica brindada en el primer nivel de atención (Huamán, 2021; Murrugarra, 2023).

1.1.2. Formulación del problema

1.1.2.1. Problema general

¿Cuál es el estado de salud general según la Valoración Geriátrica Integral en los adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025?

1.1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de la población adulta mayor atendida en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025?
- ¿Cuál es la valoración funcional de la población adulta mayor atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025?
- ¿Cuál es la valoración cognitiva de la población adulta mayor atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del

2025?

- ¿Cuál es la valoración afectiva de la población adulta mayor atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025?
- ¿Cuál es la valoración sociofamiliar de la población adulta mayor atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Pacurucu et al. (2024) ejecutaron un trabajo de tipo retrospectivo, observacional y descriptivo en población geriátrica institucionalizados en la Residencia Geriátrica “Miguel de León”, en Cuenca, Ecuador, utilizando la Valoración Geriátrica Integral (VGI) como eje central. Aplicaron pruebas tales como la Escala de Gijón, de Barthel, la MNA para evaluación nutricional y el MMSE para evaluación cognitiva. Se observó que el 33 % de los evaluados presentó compromiso social severo según Gijón, el 12 % desnutrición según MNA y el 21 % alto riesgo de fractura según Tinetti; además, el 70 % evidenció cambios en la alimentación y el 31 % problemas sociales. El estudio evidenció una elevada prevalencia de alteraciones psíquicas, nutricionales y sociales, subrayando la necesidad de reforzar el apoyo en cuidados y alimentación en este grupo.

Álvarez et al. (2020) realizaron una investigación transversal en una zona urbano-marginal de Guayaquil, Ecuador, con 196 adultos de 65 años o más atendidos en un establecimiento de salud comunitario, aplicando la VGI para valorar su situación integral. Encontraron una media etaria de 70,9 años; 73 % afroecuatorianos, 69 % contaba con educación primaria y secundaria, mientras que el 57 % no realizaba actividad física de forma regular. En el examen clínico, el 47,4 % presentó problemas visuales, el 52 % mostró

compromiso nutricional y el 6 % desnutrición establecida; en el ámbito sociofamiliar, el 13 % mostró compromiso marcado; en cognitivo, alrededor del 40 % presentó algún grado de deterioro; además, se registró 8,2 % de depresión, 46,9 % de dependencia funcional y 16,8 % de dinapenia. Concluyeron que la VGI fue una herramienta útil, sencilla y útil para reconocer las afecciones a la salud más relevantes en la población geriátrica de contextos periurbanos, constituyendo una base para intervenciones orientadas a mejorar su bienestar.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Tiraccaya (2020) realizó una investigación cuantitativa, observacional y transversal en población geriátrica hospitalizada en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue, con propósito de determinar la prevalencia de compromiso cognitivo. Mediante la revisión de historias clínicas identificó que el 72,8 % del grupo mostró alguna alteración de las funciones cognitivas; entre ellos, el 52,4 % era dependiente funcional, el 59,2 % presentaba depresión y el 52,3 % correspondía al sexo femenino. El deterioro cognitivo se observó con mayor frecuencia en la población femenina y en quienes presentaban síntomas depresivos (68,2 %), lo que puso en evidencia la asociación entre estado cognitivo, salud mental y vulnerabilidad en la población geriátrica hospitalizada.

Huamán (2021) desarrolló un estudio en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2018, con el objetivo de identificar la frecuencia de los síndromes geriátricos, así como la capacidad funcional, estado cognitivo, la vulnerabilidad social y la situación nutricional de la población adulta mayor hospitalizada. Se registró que el 45 % de las personas evaluadas presentaba síndromes geriátricos, el 30 % compromiso funcional, el 25 % deterioro cognitivo, el 35 % se encontraba en riesgo social y el 20 % presentaba alteraciones nutricionales. Concluyó que la aplicación sistemática de la VGI permitió optimizar el diagnóstico, orientar el tratamiento y contribuir a la reducción de

complicaciones y de la estancia hospitalaria en este grupo etario.

Murrugarra (2023) realizó un estudio descriptivo en el Hospital Distrital “Santa Isabel del Porvenir” con una muestra de 100 adultos mayores, utilizando la Ficha VACAM como instrumento principal. Los resultados mostraron una media etaria de 70 años y predominio de mujeres. En este grupo, el 4 % presentó compromiso cognitivo severo, el 52 % síntomas depresivos y el 7 % alteraciones sociales; además, el 82 % de las mujeres fue clasificado como frágil. Del total de la muestra el 95 % de los pacientes fue considerado frágil, con enfermedades no transmisibles principalmente hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Asimismo, dos de cada tres adultos mayores eran funcionalmente independientes, seis de cada diez presentaban síntomas depresivos y alrededor de dos de cada tres se encontraban en riesgo social. Concluyendo que la coexistencia de fragilidad, multimorbilidad, riesgo social y afectación emocional reforzó la necesidad de aplicar una VGI con el fin de orientar intervenciones específicas en el contexto hospitalario peruano.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el estado funcional, cognitivo, afectivo y sociofamiliar de los adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas y clínicas en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025.
- Determinar el estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los consultorios

externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025.

- Determinar la valoración funcional en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025.
- Determinar la valoración cognitiva en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025.
- Determinar la valoración afectiva en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025.
- Determinar la valoración sociofamiliar en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025.

1.4. Justificación

En el país, el incremento el envejecimiento demográfico de la población exige una respuesta por parte del sistema sanitario de manera organizada a las demandas de un grupo con alta carga de enfermedades crónicas, compromiso de la autonomía y necesidad de apoyo permanente. La atención primaria cumple una función clave en la identificación precoz de riesgos y en la prevención de complicaciones, pero esta labor se ve limitada cuando la evaluación del adulto mayor se reduce solo al motivo de consulta o al control de una enfermedad en particular.

La Valoración Geriátrica Integral posibilita observar de manera integrada el estado funcional, cognitivo, afectivo, nutricional y sociofamiliar, y no solo el diagnóstico clínico aislado. Aplicarla en el establecimiento de atención primaria del Centro de Salud San Isidro hizo posible identificar condiciones de fragilidad, dependencia, síntomas depresivos, alteraciones cognitivas y situaciones de riesgo social que podrían pasar desapercibidas en una atención convencional.

Este estudio aporta información clara sobre las condiciones reales de la población adulta mayor que recibió atención en el establecimiento y ofrece una base objetiva para ajustar las estrategias de cuidado, seguimiento y apoyo. El uso de instrumentos estandarizados permitió una evaluación ordenada y comparable, útil tanto para la práctica diaria como para la planificación de acciones orientadas a preservar la autonomía, optimizar el bienestar y reforzar los cuidados de la población de la tercera edad en el primer nivel de atención.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Envejecimiento

El envejecimiento poblacional describe el incremento progresivo de personas de 60 años y más dentro de la población total, como resultado del aumento de la longevidad y la disminución de los nacimientos, lo que modifica la estructura demográfica y genera nuevos retos para los sistemas de salud y protección social (OMS, 2025). A escala mundial, se proyecta que este grupo etario se duplicará entre 2020 y 2050, superando los 2.000 millones de personas, con un crecimiento particularmente marcado en los mayores de 80 años.

En el Perú, esta tendencia también se manifiesta de forma sostenida, sobre todo en áreas urbanas como San Isidro, donde la proporción de adultos mayores continúa en aumento (INEI, 2025). Este escenario demanda no solo ajustes en la organización de los servicios, sino también un cambio en la percepción social de la vejez. En ese sentido, la OMS (2021) plantea el enfoque de envejecimiento saludable, orientado a preservar la autonomía, la funcionalidad y la participación social durante esta etapa de la vida.

Desde una perspectiva geriátrica, la población adulta mayor no constituye un grupo homogéneo, por lo que se reconocen distintos perfiles funcionales, entre ellos el adulto mayor sano, el adulto mayor con enfermedad, el adulto mayor frágil y el paciente geriátrico complejo.

2.2. Valoración geriátrica integral

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) constituye un proceso estructurado que reúne información clínica, funcional, cognitiva, afectiva, nutricional y social de las personas adultas mayores, con la finalidad de conocer su situación global y orientar un plan de atención acorde con sus necesidades reales (Cortés et al., 2011). A diferencia de una consulta centrada solo en una enfermedad, la VGI permite detectar riesgos de dependencia, fragilidad, deterioro cognitivo, síntomas depresivos y problemas del entorno familiar o social con potencial impacto

en la calidad de vida si no se identifican a tiempo (Briggs et al., 2022).

Estudios realizados en Latinoamérica han mostrado que la aplicación de la VGI en el ámbito comunitario y en los servicios sanitarios permite identificar precozmente problemas funcionales, nutricionales, cognitivos, emocionales y sociales, y sirve como base para organizar intervenciones más específicas y efectivas en población adulta mayor (Álvarez et al., 2020; Pacurucu et al., 2024).

2.2.1 Fundamentos teóricos

La cifra de la población geriátrica a nivel nacional se incrementa cada año demandando modelos de atención orientados específicamente a sus características. La autoridad sanitaria nacional (MINSA) incorpora la valoración global de la persona mayor en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS-BFC) e introduce el formato VACAM (Ficha Única de Valoración Clínica del Adulto Mayor) como herramienta para identificar riesgos, dependencia y fragilidad desde la atención primaria nivel (MINSA, 2012).

La OMS (2021; 2025) plantea que un envejecimiento saludable implica preservar la capacidad funcional y la participación en la cotidianidad, por encima de la sola presencia de enfermedades crónicas y promueve una mirada integral que considera salud física, estado mental, emocional y participación social.

2.2.2 Componentes de la Valoración Geriátrica Integral

2.2.2.1 Valoración clínica. La evaluación clínica dentro de la VGI integra diagnósticos, comorbilidades, control de enfermedades crónicas no transmisibles y fármacos para perfilar el estado de salud del adulto mayor y anticipar escenarios de fragilidad o dependencia (Huamán, 2021). En este estudio la información se obtiene mediante el formato VACAM y las historias clínicas de personas atendidas en consulta externa del Centro de Salud

San Isidro, siguiendo directrices con miras a un abordaje multidimensional de la persona adulta mayor.

2.2.2.2 Valoración funcional. Esta dimensión estima la independencia en el autocuidado básico. La escala de Katz valora funciones como aseo personal, vestido, uso del sanitario, deambulaci3n, alimentaci3n y continencia, mientras que el Índice de Barthel amplía el espectro y clasifica la dependencia funcional (Katz et al., 1963; Mahoney y Barthel, 1965). En la literatura nacional se emplean estas escalas para describir la funcionalidad de personas mayores atendidas en servicio sanitarios. (Escate, 2022).

2.2.2.3 Valoraci3n cognitiva y afectiva. Para el cribado cognitivo se utiliza el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer, adaptado y validado al espa1ol para detectar compromiso cognitivo en adultos mayores (Martínez de la Iglesia et al., 2001). La esfera afectiva se valora con la versi3n corta de la Escala de Depresi3n Geriátrica de Yesavage, que permite identificar sntomas depresivos frecuentes en la vejez, asociados con mayor dependencia en las ABVD y reducci3n del bienestar percibido. Su utilidad ha sido respaldada en poblaci3n adulta mayor, incluyendo estudios realizados en el país (De la Torre et al., 2006; Pérez-Hernández et al., 2018; Yesavage et al., 1982).

2.2.2.4 Valoraci3n sociofamiliar. La valoraci3n sociofamiliar considera con qui3n vive la persona mayor, el apoyo que recibe, su situaci3n econ3mica, el soporte familiar y las característic3s del entorno domiciliario. La Escala de Valoraci3n Sociofamiliar de Gij3n posibilita clasificar a la persona en niveles de riesgo o deterioro social y se ha utilizado en investigaciones con adultos mayores para explorar la relaci3n entre apoyo social, funcionalidad y salud mental (García et al., 1999; Vásquez, 2017). La presencia de soledad, conflictos familiares o recursos econ3micos limitados se asocia con peor bienestar y mayor desprotecci3n en esta etapa del curso de vida (Álvarez et al., 2020).

2.2.2.5 Valoraci3n nutricional segun el índice de masa corporal. El estado de

nutrición influye directamente en la fuerza muscular, la respuesta inmunológica, el riesgo de caídas y la recuperación frente a enfermedades. En este estudio se empleó el IMC como indicador práctico categorizando a los adultos mayores en delgadez, peso normal, sobrepeso u obesidad, por tratarse de una medida simple, accesible en consultorios externos y útil como señal inicial de riesgo nutricional (Álvarez et al., 2020). Aunque el IMC no refleja por completo la composición corporal, su uso orienta la identificación de casos que requieren una evaluación nutricional más detallada.

2.3. Valoración Geriátrica Integral en el cuidado del adulto mayor

El aumento de la proporción de población geriátrica en el país y la alta presencia de este grupo en distritos como San Isidro se traducen en una mayor demanda de atención en salud, controles periódicos y apoyo social, ubicando al primer nivel de atención como punto fundamental para detección precoz de riesgos y la organización del cuidado (INEI, 2025; Municipalidad de San Isidro, 2024).

La aplicación de la VGI en este nivel permite identificar de manera anticipada problemas médicos, funcionales, cognitivos, afectivos, nutricionales y sociofamiliares, y elaborar planes de seguimiento adaptado a las características personales. La evidencia disponible muestra que su uso sistemático contribuye a prevenir complicaciones, reducir hospitalizaciones evitables, mejorar el uso de medicamentos y favorecer el mantenimiento de la autovalencia y el bienestar subjetivo durante el envejecimiento (Briggs et al., 2022).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

El estudio es metodológicamente cuantitativo; el diseño, observacional-descriptivo y transversal. Se realizó bajo abordaje cuantitativo, con diseño observacional, descriptivo y transversal. No se modificaron las condiciones de los participantes, sino que se registró la información tal como se presentó en los registros clínicos y formularios de evaluación aplicados. El propósito es describir la funcionalidad, perfil cognitivo, bienestar emocional, situación nutricional y entorno sociofamiliar de los adultos mayores evaluados en un único periodo, sin pretender demostrar relaciones de causa-efecto.

3.2. Ámbito temporal y espacial

Este estudio se ejecutó en los consultorios externos de el Centro de Salud San Isidro, en el periodo de septiembre a noviembre de 2025. La población incluida estuvo conformada por personas adultas mayores de 60 años o más que acudieron a consulta durante esos meses y calificaron según los criterios de inclusión a priori establecidos.

3.3. Variables y operacionalización

3.3.1. Variable Independiente

- Edad.
- Sexo.
- Nivel educativo.
- Estado Civil.
- Comorbilidad.

3.3.2. Variables Dependientes

- Estado nutricional.
- Estado Funcional.
- Estado Cognitivo.
- Estado Afectivo.
- Estado Sociofamiliar.

3.3.3. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR - ÍTEM	CATEGORIZACIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Estado Funcional	Disminución de la capacidad para desempeñar de manera autónoma las ABVD.	Evaluación del nivel de dependencia o independencia funcional en la población geriátrica con la aplicación del Índice de Katz.	Dependiente Cualitativa Ordinal	Índice de Katz: bañarse, vestirse, uso de servicios higiénicos, movilidad, continencia, alimentación.	Independiente Dependiente parcial Dependiente total	Ficha de evaluación
Estado Sociofamiliar	Alteración en la integración, el apoyo y las condiciones del entorno familiar y social que puede generar riesgo o aislamiento en la persona adulta mayor.	Evaluación de la situación sociofamiliar de la población geriátrica con la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, considerando convivencia, apoyo, situación económica, vivienda y relaciones sociales.	Dependiente Cualitativa Ordinal	Escala de Gijón: situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales, apoyo social.	Buena situación social: 5–9 puntos; Riesgo social: 10–14 puntos; Deterioro social severo: ≥ 15 puntos.	Ficha de evaluación

Estado Cognitivo	Reducción de las funciones cognitivas como memoria, orientación, atención y juicio que puede interferir con el autocuidado y la vida cotidiana de la persona.	Evaluación del estado cognitivo mediante el SPMSQ de Pfeiffer aplicado a la población geriátrica que cumplió criterios, registrando el número de errores obtenidos	Dependiente Cualitativa Ordinal	SPMSQ (Pfeiffer): Orientación, memoria, cálculo, información básica.	0–2 errores: Normal; 3–4: Deterioro cognitivo leve; 5–7: Deterioro cognitivo moderado; 8–10: Deterioro cognitivo severo.	Ficha de evaluación
Estado Afectivo	Alteración del estado emocional de la persona adulta mayor, expresada principalmente como presencia de síntomas depresivos que afectan su bienestar general.	Evaluación del estado afectivo mediante la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage aplicada a los adultos mayores incluidos en el estudio.	Dependiente Cualitativa Ordinal	Puntaje total en la Escala Abreviada de Yesavage.	0–4 puntos: Sin manifestación depresiva; ≥ 5 puntos: Con manifestación depresiva.	Ficha de evaluación
Estado nutricional	Condición de salud relacionada con la proporción entre peso y talla del adulto mayor.	Cálculo del índice de masa corporal a partir del peso (kg) y la talla (m ²) registrados durante la evaluación.	Dependiente Cualitativa Ordinal	Índice de Masa Corporal	Delgadez: ≤ 23,0; Normal: 23,0–28; Sobrepeso: ≥ 28–<32; Obesidad: ≥ 32	Ficha de evaluación

Edad	Años completados desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de evaluación.	Años completados por la persona adulta mayor al momento de la evaluación, obtenidos de los registros clínicos y de las fichas de valoración geriátrica.	Independiente Cuantitativa De razón	Años de vida cumplidos.	Grupo 1: 60–69 años; Grupo 2: 70–79; Grupo 3: 80–89; Grupo 4: 90 años a más.	Ficha de evaluación
Sexo	Condición biológica que diferencia a las personas según su pertenencia al sexo masculino o femenino.	Registro del sexo del adulto mayor consignado en la historia clínica o ficha de evaluación.	Independiente Cualitativa Nominal	Sexo biológico.	Masculino Femenino	Ficha de evaluación
Nivel educativo	Nivel educativo más alto aprobado por la persona adulta mayor.	Grado de educación referido por el adulto mayor y registrado en la ficha durante la evaluación.	Independiente Cualitativa Ordinal	Nivel de estudios alcanzado	Sin estudios Primaria Secundaria Superior universitaria Superior técnica	Ficha de evaluación
Estado Civil	Situación legal y personal de la persona adulta mayor en relación con la convivencia o vínculo	Estado civil declarado por el adulto mayor y registrado en la ficha durante la evaluación.	Independiente Cualitativa Nominal	Estado civil actual.	Soltero(a) / Casado(a) / Conviviente / Viudo(a) / Divorciado(a)	Ficha de evaluación

	conyugal actual.					
Comorbilidad	Estado de salud del adulto mayor definido por la existencia de al menos una condición crónica diagnosticada.	Registro de enfermedades crónicas consignadas en la historia clínica y en la ficha durante la evaluación.	Independiente Cualitativa Nominal	Presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas.	Sin comorbilidad / Con comorbilidad (una o más)	Ficha de evaluación

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Comprendió a todas las personas con edad igual o superior a 60 años que acudieron por consulta externa al Centro de Salud San Isidro en el periodo de septiembre a noviembre en el 2025.

3.4.2. Muestra

El tamaño de esta se calculó aplicando la fórmula para el cálculo de proporciones con corrección por población finita, considerando los siguientes parámetros:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde:

- Tamaño de la Población estimada (N) = 230
- Prevalencia para estimar en la población (p) = 50% = 0.50
- Nivel de confianza = 95%
- Valor Z para alfa (Z)= 1.96
- Error de estimación máximo a aceptar (e)= 0.05

La muestra estuvo formada por 144 personas adultas mayores seleccionadas por muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, utilizando la relación de usuarios que reunían los criterios de elegibilidad, de modo que cada persona elegible tuvo igual probabilidad de ser incorporada al estudio.

3.4.3. Criterios de inclusión

- Personas adultas 60 o más años que acudieron por consulta externa al Centro de Salud San Isidro entre septiembre y noviembre de 2025.
- Personas que autorizaron su inclusión en el estudio mediante el consentimiento informado firmado.

3.4.4. Criterios de exclusión

- Adultos mayores con pérdida neurosensorial severa o hipoacusia que dificultó la comunicación durante la entrevista.
- Personas que no hablaban ni comprendían el idioma español.

3.5. Instrumentos de recolección de datos

Recopilación de información mediante la aplicación de entrevistas a la población geriátrica que acudió a los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro entre septiembre y noviembre de 2025. Antes de cada entrevista se precisó de forma clara la finalidad del estudio, se resolvieron dudas y obtuvo la firma del consentimiento informado. Aplicando luego instrumentos, formulando las preguntas en lenguaje sencillo para asegurar la comprensión.

Para el registro de datos se empleó una Ficha de Recolección de Datos (ANEXO C), en la que se consignaron características sociodemográficas, antecedentes clínicos, estado de nutrición según IMC y la información relevante para la VGI.

La independencia funcional se midió con el Índice de Katz (ANEXO D), que determina la capacidad para realizar ABVD como el baño, vestido, movilidad, alimentación y continencia. Su elección se respaldó en su uso extendido en población adulta mayor y en estudios nacionales que muestran su aplicabilidad en el contexto peruano (Katz et al., 1963; Magallanes Meneses, 2016; Escate Sandoval, 2022).

El estado cognitivo se midió mediante el Cuestionario Breve del Estado Mental de Pfeiffer (SPMSQ) (ANEXO E), empleando la versión adaptada al castellano, que ha demostrado buena confiabilidad y validez para la identificación temprana de deterioro cognitivo en la población adulta mayor, lo que la hace adecuada como prueba de tamizaje en servicios ambulatorios (Martínez et al., 2001).

El ámbito afectivo se evaluó con la Escala de Depresión Geriátrica abreviada de Yesavage (ANEXO F), seleccionada por su brevedad y utilidad clínica. La validación realizada en adultos mayores peruanos mostró adecuados niveles de fiabilidad para la detección de síntomas depresivos, lo que respaldó su aplicación en este estudio (Yesavage et al., 1982; De la Torre Maslucan et al., 2006).

La situación sociofamiliar se valoró mediante la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón (ANEXO G), que permitió clasificar a los participantes según buena situación social, riesgo o problema social, considerando convivencia, apoyo familiar, recursos económicos, características de la vivienda y relaciones sociales. Aunque su validación original se desarrolló en España, su uso frecuente en atención primaria y en estudios con personas mayores justificó su empleo como herramienta práctica en esta investigación (García González et al., 1999; Vásquez Fernández, 2017).

3.6. Procedimientos

Previo al inicio de la recopilación de datos se llevó a cabo una capacitación dirigida al tesista responsable de la utilización de las escalas estandarizadas. En esta etapa se revisó el uso de la ficha de evaluación y forma correcta de aplicar el Índice de Katz, el Cuestionario Breve del Estado Mental de Pfeiffer, la Escala de Depresión Geriátrica abreviada de Yesavage y la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, con el propósito de unificar criterios.

Durante la capacitación se explicó paso a paso cómo formular cada pregunta, cómo registrar las respuestas, cómo asignar los puntajes y cómo interpretar los resultados de cada escala. Este procedimiento permitió estandarizar la aplicación de los instrumentos, reducir errores y asegurar que las evaluaciones se realizaran con objetividad y coherencia en todos los participantes.

3.7. Análisis de datos

Los registros recogidos en los formularios de evaluación se digitaron en una matriz de datos en una hoja de cálculo del programa Excel y luego exportados al programa estadístico SPSS para su procesamiento. Las variables cualitativas (sexo, estado civil, nivel educativo, presencia de comorbilidades, categorías de funcionalidad, deterioro cognitivo, afectivo, sociofamiliar y estado nutricional según IMC) se resumieron en tablas de distribución de frecuencias (n, %).

La variable edad se abordó mediante estadísticos que describen su concentración y variación, previa comprobación de la forma en que se distribuían los datos.

El análisis se centró únicamente en la descripción de los resultados, sin aplicar pruebas de asociación ni modelos inferenciales, en concordancia con el diseño descriptivo y transversal de la investigación.

3.8. Consideraciones éticas

Se contó con la anuencia de la jefatura del Centro de Salud San Isidro. La participación fue voluntaria. Antes de aplicar los instrumentos se explicaron: el objetivo del estudio, los procedimientos, la utilización de la información obtenida, y se solicitó la firma del consentimiento informado por escrito (ANEXO B).

Se aseguró la privacidad de la información, utilizándose solo con fines de investigación,

se manejó mediante códigos y no se registraron datos que permitan la identificación directa de la muestra del estudio. Asimismo, se respetó la facultad de los pacientes a desistir de su participación en cualquier momento sin que ello afecte su atención habitual.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025.

Características Sociodemográficas y clínicas	n	%
Edad		
60-69 años	65	45%
70-79 años	50	35%
80-89 años	25	17%
≥90 años	4	3%
Sexo		
Masculino	54	37%
Femenino	90	63%
Nivel Educativo		
Sin Estudios	0	0%
Primaria	16	11%
Secundaria	69	48%
Superior Universitaria	46	32%
Superior Técnica	13	9%
Estado Civil		
Soltero (a)	65	45%
Casado (a)	64	44%
Conviviente	8	6%
Viudo (a)	0	0%
Divorciado (a)	7	5%
Comorbilidades		
Con enfermedad asociada	111	77%
Sin enfermedad asociada	33	23%
Total	144	100%

Nota: Elaboración propia con datos recolectados en el Centro de Salud “San Isidro”, 2025.

Se observó que el 45 % de la población adulta mayor se encuentra entre 60 a 69 años y

el 35 % de 70 a 79 años, mientras que el 17 % tiene entre 80 y 89 años y el 3 % presenta 90 años o más. La edad media estimada fue de 72,3 años (DE = 8,3), con una mediana de 71,4 años y un rango entre 60 y 90 y más años, lo que indica una población conformada predominantemente por adultos mayores jóvenes. En cuanto al sexo, aproximadamente 6 de cada 10 participantes son mujeres (63 %) y 4 de cada 10 hombres (37 %). Respecto al grado de instrucción, cerca de la mitad alcanzó educación secundaria (48 %), alrededor de un tercio educación superior universitaria (32 %), seguido de educación primaria (11 %) y educación superior técnica (9 %), sin registrarse personas sin estudios. Respecto al estado civil, las proporciones de pacientes solteros (45 %) y casados (44 %) son similares, mientras que los convivientes (6 %) y divorciados (5 %) representan porcentajes menores. En el aspecto clínico, cerca de 8 de cada 10 participantes presentó al menos una patología crónica asociada (77 %), en contraste con el 23 % que no reporta comorbilidades.

Tabla 2

Distribución del estado nutricional según índice de masa corporal en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro, septiembre–noviembre 2025 (n = 144).

Índice de Masa Corporal	N	%
Delgadez	21	14%
Normal	59	41%
Sobrepeso	47	33%
Obesidad	17	12%
Total	144	100%

Nota: Elaboración propia con datos recolectados en el Centro de Salud “San Isidro”, 2025.

Se muestra la clasificación del estado nutricional de acuerdo con el IMC. El 41 % de los participantes se encontró con un peso adecuado, el 12 % presentó obesidad, el 33 % sobrepeso y el 14 % correspondió a delgadez. Demostrando que cerca de 6 de cada 10 participantes se ubicaron fuera del rango normal de IMC, ya sea por desnutrición o exceso de

peso, y aproximadamente 4 de cada 10 mantuvieron un IMC considerado adecuado. El IMC promedio estimado fue de 24,2 kg/m² (DE = 5,0), con una mediana dentro del rango normal, lo que indica una distribución heterogénea del estado nutricional en la población estudiada.

Tabla 3

Valoración funcional según Índice de Katz en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro, septiembre–noviembre 2025 (n = 144).

Valoración funcional (índice de Katz)	n	%
Independiente	111	77%
Dependiente Parcial	31	22%
Dependiente Total	2	1%
Total	144	100%

Nota: Elaboración propia con datos recolectados en el Centro de Salud “San Isidro”, 2025.

Se detalla que el 77 % de los participantes se mantiene independiente para las ABVD, mientras que el 22 % presenta cierto grado de dependencia parcial y solo 1 % mostró dependencia total. Estos resultados indican que, aunque la mayoría conserva su autonomía funcional, cerca de 2 de cada 10 personas requieren apoyo en una o más actividades, justificando el seguimiento adecuado y medidas de cuidado dirigidas a prevenir mayor deterioro.

Tabla 4

Valoración cognitiva según Cuestionario Breve del Estado Mental de Pfeiffer en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro, septiembre–noviembre 2025 (n = 144).

Valoración Cognitiva (Pfeiffer)	n	%
Normal	109	76%
Deterioro Cognitivo Leve	24	17%
Deterioro Cognitivo Moderado	9	6%
Deterioro Cognitivo Severo	2	1%
Total	144	100%

Nota: Elaboración propia con datos recolectados en el Centro de Salud “San Isidro”, 2025.

Se detalla que la población en su mayoría presenta un rendimiento cognitivo dentro de parámetros normales (76 %). Alrededor de 2 de cada 10 muestran deterioro cognitivo leve (17 %), mientras que los porcentajes de deterioro moderado (6 %) y severo (1 %) son menores. Estos hallazgos indican que, aunque predomina la conservación de funciones cognitivas, existe un grupo con compromiso inicial que requiere seguimiento para prevenir un mayor deterioro y su impacto en la autonomía.

Tabla 5

Estado afectivo según Escala de Depresión Geriátrica abreviada de Yesavage en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro, septiembre–noviembre 2025 (n = 144).

Escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage	n	%
Con Manifestaciones Depresivas	58	40%
Sin Manifestaciones Depresivas	86	60%
Total	144	100%

Nota: Elaboración propia con datos recolectados en el Centro de Salud “San Isidro”, 2025.

Se detalla que 40 % de participantes presenta manifestaciones depresivas según la escala de Yesavage, mientras que el 60 % no muestra indicios compatibles con depresión. Esto significa que cerca de 4 de cada 10 participantes se encuentran en una situación de posible afectación del estado de ánimo, lo que resalta la pertinencia de incorporar de modo

protocolizado la evaluación emocional en la atención de rutina y considerar intervenciones oportunas para este grupo.

Tabla 6

Valoración sociofamiliar según la Escala de Gijón en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro, septiembre–noviembre 2025 (n = 144).

Valoración Sociofamiliar (Gijón)	n	%
Buena Situación Social	77	53%
Existe Riesgo Social	46	32%
Existe Problema Social	21	15%
Total	144	100%

Nota: Elaboración propia con datos recolectados en el Centro de Salud “San Isidro”, 2025.

Se detalla que 53 % de participantes registra buena situación social, mientras que el 32 % está en situación de riesgo social y el 15 % en situación de problema social. En términos prácticos, alrededor de 1 de cada 3 personas vive con alguna vulnerabilidad en su entorno familiar o comunitario y cerca de 1 de cada 6 enfrenta dificultades marcadas de apoyo o recursos, lo que subraya la necesidad de incorporar el componente sociofamiliar en la planificación del cuidado y en las estrategias enfocadas en esta población.

V. DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la población geriátrica atendida de manera ambulatoria en el Centro de Salud San Isidro está compuesta principalmente por personas entre 60 y 79 años, con ligera focalización en el rango de 60 a 69 años (45 %) y menor presencia de adultos de 80 años o más. Predomina el sexo femenino (63 %, aproximadamente 6 de cada 10), así como niveles educativos secundarios y superiores en más de la mitad de la muestra. Este perfil contrasta con lo encontrado por Álvarez et al. (2020) y Pacurucu et al. (2024), donde se observa mayor proporción de baja escolaridad y vulnerabilidad social, lo que sugiere que la población de San Isidro cuenta con mejores oportunidades educativas y acceso a servicios, aunque ello no implica ausencia de riesgo clínico o funcional.

En la esfera clínica, el 77 % de los participantes presentó al menos una comorbilidad, es decir, cerca de 8 de cada 10 viven con enfermedades crónicas. Esta frecuencia es elevada pero esperable para una población geriátrica ambulatoria y se sitúa por debajo de la carga observada en escenarios de mayor complejidad, como el servicio de geriatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, donde Huamán (2021) reporta una presencia importante de síndromes geriátricos y multimorbilidad, y el Hospital Distrital “Santa Isabel del Porvenir”, donde Murrugarra (2023) describe que el 95 % de los pacientes fue clasificado como frágil. La diferencia refuerza la idea de que el primer nivel de atención recibe, en su mayoría, adultos mayores con comorbilidades controlables, en una etapa todavía adecuada para intervenciones preventivas.

El estado nutricional, evaluado mediante IMC, muestra que solo el 41 % se encuentra en rango normal, mientras que alrededor de 6 de cada 10 presentan delgadez, sobrepeso u obesidad. Destaca la proporción de sobrepeso (33 %) y delgadez (14 %), lo que evidencia una doble carga nutricional. Observándose patrones similares a los descritos por Álvarez et al. (2020), los cuales describen riesgo nutricional y desnutrición en adultos mayores de zonas periurbanas, y con Pacurucu et al. (2024), que identifican alteraciones nutricionales relevantes en

institucionalizados. En el contexto de San Isidro, la coexistencia de déficit y exceso de peso sugiere que la evaluación nutricional no puede asumirse como resuelta por el nivel socioeconómico del distrito y debe incorporarse de manera sistemática en la consulta geriátrica.

En la valoración funcional, el 77 % de los participantes se mantiene independiente para las actividades básicas, 22 % presenta dependencia parcial y solo 1 % dependencia total. Esto significa que aproximadamente 3 de cada 4 adultos mayores conservan autonomía, mientras 2 de cada 10 ya requieren algún apoyo. Comparado con los hallazgos de Huamán (2021) y Murrugarra (2023), donde se reportan proporciones más altas de dependencia y fragilidad en ámbitos hospitalarios, la población estudiada muestra un mejor perfil funcional, coherente con su condición de usuarios ambulatorios. Sin embargo, la existencia de un grupo con dependencia parcial indica un punto crítico: si no se interviene con rehabilitación, adaptación del entorno y educación al cuidador, este segmento puede avanzar hacia la categoría de paciente geriátrico complejo.

En el área cognitiva, el 76 % presenta rendimiento normal según Pfeiffer, mientras que cerca de 1 de cada 4 muestra algún grado de deterioro (17 % leve, 6 % moderado y 1 % severo). Esta proporción es menor que la reportada por Tiraccaya (2020) en adultos mayores hospitalizados, donde el deterioro cognitivo supera el 70 %, y también inferior a algunos reportes de Murrugarra (2023) en población frágil, lo que se explica por el menor nivel de complejidad clínica en consultorio externo. No obstante, el porcentaje encontrado no es despreciable, indica que una parte de los usuarios ya se encuentra en etapas iniciales de compromiso cognitivo, por lo que el tamizaje sistemático se justifica plenamente para prevenir pérdida de autonomía y complicaciones asociadas.

Respecto a la esfera afectiva, el 40 % presenta sintomatología depresiva, es decir, 4 de cada 10 adultos mayores evaluados muestran síntomas compatibles con depresión según la escala abreviada de Yesavage. Esta cifra es relevante y se sitúa en el rango alto frente a lo descrito en

estudios comunitarios, sugiriendo que la depresión podría estar subdiagnosticada en la atención rutinaria. Los hallazgos son consistentes con lo observado por Pacurucu et al. (2024), quienes identifican elevada frecuencia de alteraciones psíquicas en institucionalizados, y refuerzan la relevancia de considerar el bienestar emocional como componente estable de la valoración geriátrica, especialmente en presencia de comorbilidades, dolor crónico o limitaciones funcionales.

La valoración sociofamiliar Gijón muestra que solo el 53 % se encuentra en buena situación social, mientras que el 32 % presenta riesgo social y el 15 % problema social establecido. Demostrando que casi 1 de cada 3 vive cierta vulnerabilidad en los vínculos intrafamiliares, económico o comunitario. Aunque estos porcentajes son menores que los reportados por Pacurucu et al. (2024) en adultos institucionalizados y por Murrugarra (2023) en población predominantemente frágil, siguen siendo suficientemente altos como para exigir respuestas desde el equipo de salud en coordinación con redes sociales y municipales. El componente sociofamiliar se confirma, así, como un determinante clave que puede potenciar o mitigar los efectos de la comorbilidad, la depresión y el deterioro funcional.

Estos resultados, se pueden reconocer con mayor claridad los perfiles geriátricos clásicos. Un subgrupo de adultos mayores con independencia funcional, cognición conservada, sin síntomas depresivos y buena situación social se aproxima a la categoría de adulto mayor saludable, aun con presencia de comorbilidades controladas. Otro segmento corresponde al adulto mayor enfermo, caracterizado por una o más enfermedades crónicas, pero con autonomía y redes de apoyo relativamente preservadas. El conjunto de personas con comorbilidad, el nivel de dependencia, deterioro cognitivo o afectivo leve y riesgo social constituye un grupo de adultos mayores frágiles, similares a los descritos por Murrugarra (2023), que presentan alta probabilidad de descompensación ante eventos intercurrentes. Finalmente, aquellos con dependencia marcada, compromiso cognitivo moderado-severo, sintomatología depresiva significativa y problemas

sociales se acercan al perfil de paciente geriátrico complejo, comparable al observado en estudios hospitalarios como los de Huamán (2021) y Tiraccaya (2020), y que requieren abordaje multidisciplinario, mayor continuidad del cuidado y articulación entre niveles.

La aplicación de la VGI en el Centro de Salud San Isidro permitió identificar no solo la magnitud de la comorbilidad, la situación nutricional, funcional, cognitiva, afectiva y sociofamiliar, sino también ubicar a los adultos mayores en un continuo que va desde la condición saludable hasta la complejidad geriátrica. Este enfoque coincide con la evidencia reciente que respalda el uso de la VGI como herramienta efectiva para orientar intervenciones personalizadas, prevenir la progresión de la fragilidad y optimizar recursos en el primer nivel de atención (Briggs et al., 2022; Pacurucu et al., 2024; Murrugarra, 2023). A partir de estos hallazgos, se refuerza la necesidad de institucionalizar la VGI como práctica rutinaria, con especial atención en el grupo que ya muestra señales de fragilidad, dado que representa la principal oportunidad de intervención temprana para preservar la funcionalidad básica y el bienestar percibido por la población geriátrica.

VI. CONCLUSIONES

- La población geriátrica atendida en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro estuvo compuesta principalmente por personas de 60 a 79 años, con predominio de mujeres y alta frecuencia de comorbilidades, lo que confirma una demanda constante de control y seguimiento en salud.
- Menos de la mitad presentó un IMC normal; la concomitancia de delgadez, sobrepeso y obesidad evidencia riesgo nutricional que requiere evaluación periódica y orientación específica.
- Predominó la independencia funcional, aunque la proporción con dependencia parcial indica un grupo en situación de riesgo que necesita intervención temprana para evitar mayor deterioro.
- La detección de deterioro cognitivo en una parte de la muestra y de manifestaciones depresivas en 4 de cada 10 adultos mayores muestra que estos problemas están presentes en la consulta ambulatoria y deben ser evaluados de manera rutinaria.
- Casi la mitad de los participantes presentó riesgo o problema social, lo que resalta la importancia de considerar el entorno familiar y los recursos disponibles en la planificación del cuidado.
- La aplicación de la VGI permitió identificar distintos niveles de vulnerabilidad y se consolida como una herramienta útil para orientar intervenciones dirigidas a preservar la autonomía y la calidad de vida de la población atendida.

VII. RECOMENDACIONES

- Reafirmar el uso responsable de la Ficha VACAM en los consultorios externos, asegurando su aplicación completa y su análisis en cada control para identificar niveles de riesgo, fragilidad y complejidad, evitando que sea solo un requisito administrativo.
- Dar prioridad de seguimiento a los adultos mayores con comorbilidades, manifestaciones depresivas, deterioro cognitivo, riesgo/problema social o dependencia parcial organizando un registro que facilite sus controles periódicos y derivaciones internas.
- Mantener la evaluación nutricional mediante el cálculo rutinario del IMC y ofrecer consejería a quienes presenten bajo peso, sobrepeso u obesidad, con atención especial a los casos de mayor vulnerabilidad.
- Promover acciones simples para conservar la funcionalidad (ejercicios, prevención de caídas, adaptación del hogar) dirigidas a adultos mayores y cuidadores, enfocándose en quienes ya muestran alguna limitación.
- Incorporar de manera sistemática el tamizaje cognitivo y afectivo con instrumentos breves y, ante resultados alterados, coordinar atención con psicología o salud mental.
- Fortalecer la evaluación sociofamiliar y la articulación con trabajo social y programas municipales para apoyar a los adultos mayores en riesgo o con problema social, e impulsar un abordaje multidisciplinario para los casos frágiles o complejos, orientado a proteger su autonomía y calidad de vida.

VIII. REFERENCIAS

- Álvarez Córdova, L. R., Artacho Martín-Lagos, R., Arteaga-Pazmiño, C., Fonseca Pérez, D. M., Sierra Nieto, V. H., y Ruiz-López, M. D. (2020). Valoración geriátrica integral en una comunidad marginal de Ecuador. *Nutrición Hospitalaria*, 37(5), 926–932. <https://doi.org/10.20960/nh.03040>
- Briggs, R., McDonough, A., Ellis, G., Bennett, K., O’Neill, D., y Robinson, D. (2022). Evaluación geriátrica integral para personas mayores vulnerables con riesgo alto de caídas que viven en su domicilio. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(5), Art. No.: CD012705. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012705.pub2>
- Camacllanqui Haman, D., y Ceras Orejón, M. Y. (2020). Valoración geriátrica integral en el adulto mayor del programa VACAM [Tesis de grado, Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt]. Repositorio Institucional Roosevelt. <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/224>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>
- Cortés N, Alma Rosa, Villarreal R, Enrique, Galicia R, Liliana, Martínez G, Lidia, y Vargas D, Emma Rosa. (2011). Cross sectional geriatric assessment of Mexican older people. *Revista médica de Chile*, 139(6), 725-731. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000600005>
- De la Torre Maslucan, J., Shimabukuro Maeki, R., Varela Pinedo, L., Krüger Malpartida, H., Huayanay Falconí, L., Cieza Zevallos, J., y Gálvez Cano, M. (2006). Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Médica Peruana*, 23(3), 144–

148.http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172006000300003&lng=es&tlng=es.

Escate Sandoval, K. (2022). Estado cognitivo y grado de dependencia funcional de pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalambrica Ilo. Periodo mayo-junio 2022 [Tesis de licenciatura, Universidad Privada de Tacna]. Repositorio Institucional UPT.

<https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2468/Escate-Sandoval-Karen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

García González, J. V., Díaz Palacios, E., Salamea García, A., Cabrera González, D., Menéndez Caicoya, A., Fernández Sánchez, A., y Acebal García, V. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, 23(7), 434–440. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10363397>

Huamán Patiño, J. (2021). Valoración geriátrica integral en el paciente adulto mayor: Unidad de geriatría de medicina interna, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018 [Tesis de segunda especialidad en geriatría, Universidad San Martín de Porres]. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/9199>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (1 de marzo de 2025). Situación de la población adulta mayor: Informe técnico N.º1 - marzo 2025. <https://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/#lista>

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, 914–919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>

Magallanes Meneses, M.M. (2016). Valoración de la capacidad funcional a través de la aplicación del índice de Katz en los adultos mayores C.E de Geriatría Hospital Regional

- de Ica, 2015 [Tesis de licenciatura, Universidad Alas Peruanas]. Repositorio Institucional UAP. <https://hdl.handle.net/20.500.12990/1822>
- Mahoney, F. I., y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61–65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/>
- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas Herrero, R., Onís Vilches, M. C., Aguado Taberné, C., Albert Colomer, C., y Luque Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117(4), 129–134. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72040-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72040-4)
- Ministerio de Salud del Perú. (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)*. Ministerio de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/293150-modelo-de-atencion-integral-de-salud-basado-en-familia-y-comunidad>
- Municipalidad de San Isidro. (2024). *Compendio estadístico distrital 2024*. Municipalidad de San Isidro. <https://www.munisanisidro.gob.pe>
- Murrugarra Aguilar, A. M. (2023). Valoración geriátrica integral del adulto mayor [Tesis de título profesional, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108593/Murrugarra_AA_M-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2025). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (1 enero 2021). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- Pacurucu, N., Parra, K., Peñoro, P., y Aguilar, J. (2024). Evaluación geriátrica integral en adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cuenca. *Revista de la Facultad de*

Ciencias de la Salud de la Universidad Estatal de Milagro, 8(14), 13–19.

<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol8iss14.2024pp13-19p>

Pérez-Hernández, M. G., Velasco-Rodríguez, R., Maturano-Melgoza, J. A., Hilerio-López, Á.

G., García-Hernández, M. L., y García-Jiménez, M. A. (2018). Deterioro cognitivo y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima, México.

Revista de Enfermería del IMSS, 26(3), 171–178. [https://www.medigraphic.com/cgi-](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82797)

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82797](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82797)

Tiraccaya Gamboa, E. A. (2020). Frecuencia de deterioro cognitivo en adulto mayor

hospitalizado en el servicio de medicina interna del HNHU durante los meses de enero a febrero del 2020 [Tesis de grado, Universidad Nacional Federico Villarreal].

Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/4306>

Vásquez Fernández, D. (2017). Valoración sociofamiliar relacionada al estado funcional y

mental en adultos mayores: Clubes del Adulto Mayor de la Microred Edificadores Misti, Miraflores, Arequipa 2016 [Tesis de grado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa].

Repositorio Institucional UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4513>

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., y Leirer, V. O.

(1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.

[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

IX. ANEXOS

Anexo A: Matriz De Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuál es el estado funcional, cognitivo, afectivo y sociofamiliar de los adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de la población adulta mayor atendida en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025? ¿Cuál es el estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025? • ¿Cuál es la valoración funcional de la población adulta mayor atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025? • ¿Cuál es la valoración cognitiva de la población adulta mayor atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025? • ¿Cuál es la valoración afectiva de la población adulta mayor atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025? • ¿Cuál es la valoración sociofamiliar de la población adulta mayor atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025?</p>	<p>Objetivo general Determinar el estado funcional, cognitivo, afectivo y sociofamiliar de los adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las características sociodemográficas y clínicas en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025. • Determinar el estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025. • Determinar la valoración funcional en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025. • Determinar la valoración cognitiva en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025. • Determinar la valoración afectiva en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025. • Determinar la valoración sociofamiliar en adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025. 	<p>En el país, el incremento el envejecimiento demográfico de la población exige una respuesta por parte del sistema sanitario de manera organizada a las demandas de un grupo con alta carga de enfermedades crónicas, compromiso de la autonomía y necesidad de apoyo permanente. La atención primaria cumple una función clave en la identificación precoz de riesgos y en la prevención de complicaciones, pero esta labor se ve limitada cuando la evaluación del adulto mayor se reduce solo al motivo de consulta o al control de una enfermedad en particular.</p> <p>La VGI posibilita observar de manera integrada el estado funcional, cognitivo, afectivo, nutricional y sociofamiliar, y no solo el diagnóstico clínico aislado. Aplicarla en el establecimiento de atención primaria del Centro de Salud San Isidro hizo posible identificar condiciones de fragilidad, dependencia, síntomas depresivos, alteraciones cognitivas y situaciones de riesgo social que podrían pasar desapercibidas en una atención convencional.</p> <p>Este estudio aporta información clara sobre las condiciones reales de la población adulta mayor que recibió atención en el establecimiento y ofrece una base objetiva para ajustar las estrategias de cuidado, seguimiento y apoyo. El uso de instrumentos estandarizados permitió una evaluación ordenada y comparable, útil tanto para la práctica diaria como para la planificación de acciones orientadas a preservar la autonomía, optimizar el bienestar y reforzar los cuidados de la población de la tercera edad en el primer nivel de atención.</p>	<p>Variable Independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Nivel educativo - Estado civil - Comorbilidad <p>Variables Dependientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado Nutricional - Estado Funcional - Estado Cognitivo - Estado Afectivo - Estado Sociofamiliar 	<p>Tipo de Estudio Observacional, cuantitativo, descriptivo, transversal</p> <p>Población Estuvo constituida por todas las personas mayores de 60 años o más que acudieron a los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro durante el periodo de septiembre, octubre y noviembre de 2025.</p> <p>Muestra: 144</p> <p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas adultas 60 o más años que acudieron por consulta externa al Centro de Salud San Isidro entre septiembre y noviembre de 2025. • Personas que autorizaron su inclusión en el estudio mediante el consentimiento informado firmado. <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos mayores con pérdida neurosensorial severa o hipoacusia que dificultó la comunicación durante la entrevista. • Personas que no hablaban ni comprendían el idioma español. <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Katz (ABVD) - Cuestionario Breve del Estado Mental de Pfeiffer - Escala De Depresión Geriátrica Abreviada De Yesavage (GDS-4) - Valoración Sociofamiliar De Gijón

Anexo B: Consentimiento Informado

Título del Estudio: VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL CENTRO DE SALUD “SAN ISIDRO”- LIMA 2025

Introducción:

Se le ofrece la posibilidad de participar en una investigación. Le pedimos leer esta información con atención antes de decidir su participación. Este documento expone el objetivo del estudio, las actividades que se le solicitarán y los posibles riesgos y beneficios asociados a participar.

Propósito del Estudio:

Este estudio tiene por objeto determinar a través de la valoración geriátrica integral el ámbito funcional, mental, afectivo y sociofamiliar de adultos mayores atendidos en los consultorios externos del Centro de Salud San Isidro en septiembre a noviembre del 2025.

Procedimientos:

Si usted otorga su consentimiento, se le solicitará que:

1. Permita su participación y el uso de la información contenida en las encuestas mediante la firma del consentimiento informado.
2. Responda las preguntas realizadas por el entrevistador.

Duración:

La participación en este estudio implicará un único momento de recolección de datos, el cual tomará 30 minutos como máximo.

Riesgos y Beneficios:

- **Riesgos:** No hay riesgos asociados; se garantiza la confidencialidad integral de sus datos.
- **Beneficios:** Su participación contribuye a optimizar el cuidado y la evaluación de la población geriátrica atendida en adelante.

Confidencialidad:

La información se mantiene en estricta reserva. Únicamente la investigadora responsable accede a los datos.

Voluntariedad:

Participar en este estudio es una decisión libre y voluntaria. Usted decide no formar parte o revocar su consentimiento cuando lo desee, sin sanciones ni consecuencias negativas para usted.

Consentimiento:

Declaro que he revisado la información precedente, he podido formular las dudas que consideré pertinentes y he recibido respuestas claras y oportunas. Comprendo que mi colaboración es libre y voluntaria; podré desistir de participar cuando quiera sin costo ni impacto en los servicios que recibo. Con mi firma a continuación, autorizo mi participación en esta investigación..

Participante:

Nombre del Encuestado

Firma del Encuestado: _____

Fecha:

Investigador:

Nombre de la Investigadora

Firma de la Investigadora: _____

Fecha:

Anexo C: Ficha De Recolección De Datos

FECHA: __/__/__

Apellidos y Nombre:

1. EDAD:

60-69 años	
70-79 años	
80-89 años	
≥ 90 años	

2. SEXO:

Masculino	
Femenino	

3. NIVEL EDUCATIVO:

- () Sin estudios
- () Primaria
- () Secundaria
- () Superior Universitaria
- () Superior Técnica

4. ESTADO CIVIL:

- () Soltero(a)
- () Casado(a)
- () Conviviente
- () Viudo(a)
- () Divorciado(a)

5. COMORBILIDADES: Sí () No ()

Si su respuesta es SÍ, marque las que correspondan:

a. Metabólicas:

- Diabetes mellitus tipo 2
- Dislipidemia

b. Cardiovasculares:

- Hipertensión arterial
- Insuficiencia cardíaca / Arritmia / Infarto agudo de miocardio

c. Neurológicas:

- Accidente cerebrovascular (ACV)
- Demencia / Alzheimer

d. Osteoarticulares:

- Osteoartrosis
- Osteoporosis

e. Oncológicas:

- Cáncer
(especifique: _____)

f. Respiratorias:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Asma

g. Psiquiátricas:

- Depresión
- Ansiedad

h. Otras enfermedades crónicas:

- (especifique: _____)

5. ESTADO NUTRICIONAL (IMC):

- Peso: _____ kg
- Talla: _____ m
- Cálculo del IMC: _____ kg/m²

Clasificación:

Delgadez ≤ 23,0	
Normal 23,0 – 28	
Sobrepeso ≥28 – <32	
Obesidad ≥ 32	

Anexo D: Valoración Funcional – Índice de Katz (Actividades Básicas De La Vida Diaria)

	Dependiente	Independiente
1. Lavarse		
2. Vestirse		
3. Uso de servicios higiénicos		
4. Movilizarse		
5. Continencia		
6. Alimentarse		

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

<i>Ningún ítem positivo de dependencia</i>	1	Independiente
<i>1-5 ítems positivo de dependencia</i>	2	Dependiente parcial
<i>6 ítems positivos</i>	3	Dependiente total

Anexo E: Valoración Cognitiva - Cuestionario Breve del Estado Mental de Pfeiffer

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	

VALORACIÓN COGNITIVA (E=errores)

$\leq 2 E$	Normal	
3-4 E	Deterioro cognitivo leve	
5-7 E	Deterioro cognitivo moderado	
8-10 E	Deterioro cognitivo severo	

Anexo F: Escala De Depresión Geriátrica Abreviada De Yesavage (GDS-4)

1	En general ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Se siente impotente o indefenso?	SI	NO
3	¿Tiene problemas de memoria?	SI	NO
4	¿Siente desgano respecto a actividades e intereses (o imposibilitado de realizar actividades e intereses)?	SI	NO
Puntuación total			

<i>0 ítems afirmativos</i>	Sin manifestaciones depresivas	
<i>≥2 ítems afirmativos</i>	Con manifestaciones depresivas	

Anexo G: Valoración Sociofamiliar De Gijón

1. Situación familiar	
1	Vive con familia sin conflicto familiar
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica
3	Vive con cónyuge de similar edad
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior o extranjero)
2. Situación económica	
1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3	Un salario mínimo vital
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Sin pensión, sin otros ingresos
3. Vivienda	
1	Adecuada a las necesidades
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado. (baño incompleto)
4	Vivienda semi construido o de material rústico
5	Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda

4. Relaciones sociales	
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Relación social solo con la familia y vecinos
3	Relación social solo con la familia
4	No sale del domicilio, pero recibe visitas de familia
5	No sale del domicilio y no recibe visitas
5. Apoyo de la red social (municipio, clubes, ONG, seguro social, vivienda)	
1	No necesita apoyo
2	Requiere apoyo familiar o vecinal
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social
4	No cuenta con Seguro Social
5	Situación de abandono familiar

<i>5-9 puntos</i>	Buena/aceptable situación social	
<i>10-14 puntos</i>	Existe riesgo social	
<i>≥15 puntos</i>	Existe problema social	