

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

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



**CARACTERÍSTICAS BIOPSICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR
ATENDIDO EN EL PUESTO DE SALUD PACOBAMBA – LAJAS,
2023**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORES

**JOSÉ ELMER BANDA GARCÍA
KAREN RÓSSELY MARÍN ARANA**

ASESOR

MG. WILDER OVIDIO CARRANZA CARRANZA

CHOTA – PERÚ

2024



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

Chota, 28 de junio del 2024.

C.O. N° 021-2024-UI-FCCSS

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **“CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL PUESTO DE SALUD PACOBAMBA – LAJAS, 2023”**, elaborado por los **Bachiller en Enfermería: José Elmer Banda García y Karen Róssely Marín Arana**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 22%, sin incluir, citas, referencias bibliográficas, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023- FCCSS-UNACH /C.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,



Dr. JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FCCSS- UNACH

C.c.
Archivo
AOG/J-UI-FCCSS
Ch2024



Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la
Salud
UNACH

CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL PUESTO DE SALUD PACOBAMBA – LAJAS, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	repositorio.unach.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	www.repositorio.unach.edu.pe Fuente de Internet	3%
4	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	docplayer.es Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	idoc.pub Fuente de Internet	1%

9	repositorio.upsc.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	www.nutricionhospitalaria.org Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.ucp.edu.co Fuente de Internet	<1 %
13	msptucuman.gov.ar Fuente de Internet	<1 %
14	vdocumento.com Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	www.revenfermeria.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
17	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
19	issuu.com Fuente de Internet	<1 %
20	www.gob.pe Fuente de Internet	<1 %

21	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
22	repositorio.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
23	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	repositorio.umb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
26	repositorio.upa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
27	dgsa.uaeh.edu.mx:8080 Fuente de Internet	<1 %
28	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
29	redi.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
30	Emma Urbina-Aceves, Everardo Camacho-Gutiérrez, Alejandro Pérez-Duarte, Luis Silva-Castillo. "Análisis descriptivo de la movilidad, emociones y salud en la referencia verbal de adultos mayores", <i>Psicología y Salud</i> , 2023 Publicación	<1 %

repositorio.ucsg.edu.ec

31

Fuente de Internet

<1 %

32

repositorio.unu.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

33

www.avera.org

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

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



**CARACTERÍSTICAS BIOPSICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR
ATENDIDO EN EL PUESTO DE SALUD PACOBAMBA – LAJAS,
2023**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORES

**JOSÉ ELMER BANDA GARCÍA
KAREN RÓSSELY MARÍN ARANA**

ASESOR

MG. WILDER OVIDIO CARRANZA CARRANZA

CHOTA – PERÚ

2024

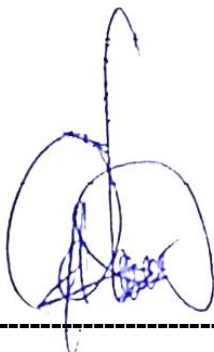
COMITÉ CIENTÍFICO



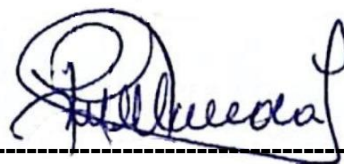
Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza
Asesor



Dr. Isaías Wilmer Dueñas Sayaverde
Presidente Jurado Evaluador



Dra. Rosario del Socorro
Avellaneda Yajahuanca
Miembro Jurado Evaluador



Mg. Salomón Huamán Quiña
Miembro Jurado Evaluador

AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida, por bendecirnos durante todo el proceso académico y haber concluido satisfactoriamente nuestros estudios.

A nuestro asesor Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza por guiarnos durante la elaboración de este estudio.

De igual manera agradecemos a la UNACH, a la Escuela de Enfermería, a todos nuestros docentes que cada día nos brindaron sus conocimientos y enseñanzas, al personal de salud del establecimiento de salud de Pacobamba, y a los adultos Mayores, quienes participaron voluntariamente en nuestro estudio.

DEDICATORIA

A nuestros padres quienes con su apoyo, paciencia y consejos nos permitieron hoy realizar otro sueño, gracias por inculcarnos el ejemplo de esfuerzo y valentía. A nuestros hermanos, compañeros de estudio, a nuestros docentes y amigos, quienes sin su ayuda nunca habiéramos podido realizar esta tesis.

A todas aquellas personas se los agradecemos desde el fondo de nuestro corazón.

José y Karen

ÍNDICE DE CONTENIDOS	Pág.
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Bases conceptuales	8
2.3. Definición de términos básicos	14
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Ámbito de estudio	15
3.2. Diseño de investigación	16
3.3. Población, muestra y unidad de estudio	16
3.4. Operacionalización de las variables	18
3.5. Descripción de la metodología	21
3.6. Procedimiento y análisis de datos	24
3.7. Aspectos éticos y rigor científico	25
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Características sociales y demográficas del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023	26
4.2. Valoración clínica del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023	29
4.3. Capacidad funcional del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023	32
4.4. Capacidad mental del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023	35
4.5. Valoración sociofamiliar del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023	37
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	41

ANEXOS	52
ANEXO 1: Formato de Consentimiento informado	52
ANEXO 2: Formato de Instrumentos de recolección de datos	53
ANEXO 3: Formato de Instrumentos de recolección de datos	55
ANEXO 4: Formato de Instrumentos de recolección de datos	57
ANEXO 5: Formato de Instrumentos de recolección de datos	58
ANEXO 6: Formato de Instrumentos de recolección de datos	60
ANEXO 7: Matriz de consistencia	62

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociales y demográficas del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.	26
Tabla 2. Clínica del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.	29
Tabla 3. Capacidad funcional del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.	32
Tabla 4. Capacidad mental del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.	35
Tabla 5. Valoración sociofamiliar del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.	37

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

ABVD	: Actividades Básicas de La Vida Diaria
AIVD	: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AAVD	: Actividades Avanzadas de la Vida Diaria
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
LAC	: América Latina y el Caribe
MINSA	: Ministerio de la Salud
MMSE	: Mini Mental State Folstein
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
VACAM	: Valoración Clínica del Adulto Mayor
VGI	: Valoración Geriátrica Integral

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las características biopsicosociales del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023. Estudio de tipo descriptivo, diseño no experimental y de corte transversal, población participación 100 adultos mayores; la técnica utilizada fue la encuesta y cinco instrumentos: Escala Mini Nutritional Assessment (MNA), Índice de Katz, Short Portable Mental Status de Pfeiffer (SPMSQ, Escala Estado depresivo de Yesavage y Escala de Valoración Sociofamiliar (EVSF). Resultados: características sociodemográficas: el 51,0% tenía entre 60 y 69 años; el 51,0% fueron hombres; 62,0% casados y 75,0% adultos iletrados; valoración clínica, las enfermedades más frecuentes, fueron: gastritis 35,0%; seguido por la hipertensión arterial 20,0% y adultos con colesterol elevado 12,0%. Capacidad funcional, 39,0% tuvo dependencia parcial; mientras que, solo el 3,0% tenía dependencia total; Capacidad mental, el 53,0% presentó deterioro cognitivo leve, en estado afectivo, el 79,0% presentó depresión leve; y en la valoración sociofamiliar, el 62,0% tenía riesgo social; mientras que, el 13,0% presentó problema social. Conclusiones: una gran proporción de adultos mayores presentaron: dependencia parcial, deterioro cognitivo leve, depresión leve y riesgo social.

Palabras clave: Características biopsicosociales, valoración, adulto mayor.

ABSTRAC

The objective of this study was to determine the biopsychosocial characteristics of the older adult treated at the Pacobamba Health Post - Lajas, 2023. Descriptive study, non-experimental and cross-sectional design, participation population 100 older adults; The technique used was the survey and five instruments: Mini Nutritional Assessment Scale (MNA), Katz Index, Pfeiffer's Short Portable Mental Status (SPMSQ), Yesavage Depressive State Scale and Socio-Family Assessment Scale (EVSF). Results: sociodemographic characteristics: 51.0% were between 60 and 69 years old; 51.0% were men; 62.0% were married and 75.0% were illiterate adults; clinical assessment, the most frequent diseases were: gastritis 35.0%; followed due to high blood pressure 20.0% and adults with high cholesterol 12.0% Functional capacity, 39.0% had partial dependence, while only 3.0% had total dependence Mental capacity, 53.0% presented mild cognitive impairment, in an emotional state, 79.0% presented mild depression; and in the socio-familial assessment, 62.0% had social risk; while 13.0% presented social problems. Conclusions: a large proportion of older adults presented: partial dependence, mild cognitive impairment, mild depression and social risk.

Keywords: Biopsychosocial characteristics, assessment, older adult

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Las características biopsicosociales incluyen a los factores biológicos, psicológicos, conductuales, social y cultural, que desempeñan un papel fundamental en la actividad humana durante un proceso patológico [1].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial más del 20% de los adultos mayores sufren trastornos mentales y el 6,6% de discapacidad se atribuye a problemas psicológicos, los cuales producen un 17,4% de problemas de discapacidad [2]. Siendo la demencia en salud una de las principales causas de discapacidad y dependencia en las personas mayores [3].

El incremento de la población adulta mayor es un reto para el equipo de salud mantenerlos activos y saludables y sobre todo mantener su capacidad funcional y generar un envejecimiento digno junto a sus familiares y seres queridos [4].

En Cuba, el 27% de los adultos mayores tienen discapacidad leve, presentándose con mayor frecuencia en mujeres y en edades avanzadas. Siendo la comprensión y comunicación y la participación en sociedad, las dimensiones más afectadas. Entre las enfermedades más frecuentes se encuentran las cardiovasculares (40%) y las mentales (23,3%) [5].

En América Latina y el Caribe (LAC), el envejecimiento de la población ha traído consigo aumento de las enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer y otras demencias), afectando al 5% de los adultos mayores; perjudicando sobre todo a las personas a partir de los 80 años (17,5%) [6]. En Costa Rica la población adulta mayor representa el 14,3%, en Chile 13,1%, en Paraguay 33,5%, en el Salvador 15,2% y en Uruguay el 28%. En México, alrededor del 67% de las personas mayores presentan enfermedades crónicas, entre ellas las más frecuentes son las afecciones cardíacas, osteoartritis, asma y cataratas; siendo estas la principal razón de la pérdida de años de vida saludable y de discapacidad [7]. Mientras que, en Ecuador, el 5,8% de los adultos mayores tienen dependencia general, el 26,1% dependencia severa y 68,1% dependencia moderada [8].

En el Perú, según el INEI 2021, los adultos mayores representan el 13,0%; el 82,3% de las adultas mayores padece alguna patología crónica degenerativa; mientras que, en los varones es de 74,4%; el 42,7% tiene algún grado de discapacidad, siendo más frecuente la dificultad para emplear los miembros superiores e inferiores en un 29,0% [9].

Igualmente, la salud de los adultos mayores depende de ciertos factores como la salud biológica, el estado cognitivo, el estado afectivo y sociofamiliar; siendo más proclives en la edad avanzada, puesto que existe mayor predisposición a enfermedades crónicas y degenerativas, así como también las alteraciones del estado mental, ocasiona mayor daño a nivel biopsicosocial [10].

En Perú el Ministerio de Salud tiene aprobada una Norma Técnica de salud para la atención integral de los adultos mayores vigente desde el año 2010, la cual estipula como es que se debe brindar una atención integral al adulto mayor desde el servicio de admisión que es el primer servicio por el cual ingresa el paciente para recibir la atención, además todos los establecimientos de salud deben contar con personal de salud capacitado en la atención del adulto mayor, infraestructura y equipos de acorde a nivel de atención y categoría del establecimiento de salud, con el fin de brindar atención con calidad y calidez humana en esta etapa de vida. El personal de salud también debe involucrar en el cuidado y atención del adulto mayor a la familia y a la comunidad [11].

Así mismo, el Ministerio de Salud (MINSA) del Perú ha establecido el “Modelo de cuidado integral de salud por cursos de vida para la persona, familia y comunidad – 2021”, para mantener la capacidad física, funcional, mental y social de las personas mayores a través de su atención integral, para reducir las afecciones, evitar complicaciones de enfermedades crónicas, salvaguardar el mayor tiempo de función evitando la dependencia mediante su participación activa, de la familia y la comunidad [12]; pero muchas veces no se realiza debido a la sobrecarga laboral del personal de salud, a la falta de involucramiento por parte de las autoridades, los actores sociales y la población adulta mayor.

Por otro lado, se ha implementado la “Política multisectorial para las personas adultas mayores al 2030”, documento basado en 5 objetivos: a) garantizar el

derecho al cuidado y buen trato, b) promover un envejecimiento saludable c) garantizar prestaciones de salud de calidad, d) garantizar el acceso, permanencia, culminación y calidad de la educación de las personas adultas y e) fortalecer la participación social, productiva y política de las personas adultas mayores, mediante el fortalecimiento de sus capacidades biopsicosociales en todos los niveles y modalidades educativas [13].

Al respecto, en nuestras experiencias de prácticas comunitarias pudimos observar que aproximadamente el 90% de los adultos mayores asisten al establecimiento de salud de Pacobamba para la valoración biopsicosocial (valoración clínica, funcional, mental y sociofamiliar) del adulto mayor; sin embargo, se evidenció que muchos de los adultos mayores son dependientes, necesitando el apoyo de algún familiar para poder realizar sus actividades cotidianas, otros viven solos y aislados de la comunidad. Por ello, es fundamental que sean evaluados por el personal médico o profesional de salud capacitado mínimamente una vez por año, puesto que esta valoración se enfoca en identificar adultos mayores frágiles, que tienen limitaciones biopsicosociales y funcionales para mejorar sus condiciones de vida y fortalecer sus capacidades.

El estudio tuvo como pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características biopsicosociales del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023?; objetivo general: Determinar las características biopsicosociales del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023; y los específicos: Caracterizar social y demográficamente al adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023; Valorar clínicamente al adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023; Identificar la capacidad funcional del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023; Determinar la capacidad mental del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023; e Identificar las características sociofamiliares del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.

Se encontró que las características sociodemográficas más frecuentes en los adultos mayores, fueron: el 51,0% tuvo de 60 a 69 años; el 51,0% mujeres; 62,0%

casados y el 75,0% personas iletradas; en su valoración clínica, las enfermedades más frecuentes, fueron: la gastritis 35,0%; la hipertensión arterial 20,0% y el colesterol alto 12,0%. En su capacidad funcional, el 39,0% de los adultos mayores tuvo dependencia parcial; en la capacidad mental, el 53,0% presentó deterioro cognitivo leve; y en la valoración sociofamiliar, el 62,0% presentó riesgo social.

La investigación está estructurada de la siguiente manera: Capítulo I: Introducción: constituye la problemática de las variables de estudio en los contextos, mundial, internacional, nacional, regional y local; Capítulo II: Marco teórico: comprende los antecedentes de las variables de estudio, bases conceptuales y los términos básicos); Capítulo III: Marco metodológico: Capítulo IV: Resultados y discusión; y el Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Valverde AC. (Ecuador, 2022). Desarrolló el estudio: “Evaluación geriátrica integral del adulto mayor institucionalizado en la Casa Hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021”; tuvo como objetivo determinar el estado de salud de la población adulto mayor. Estudio no experimental, cuantitativo, de corte transversal, incluyeron 50 adultos mayores. Los resultados mostraron que el 56% tuvo entre 65 a 74 años, 68% mujeres, 38% divorciado y el 60% con primaria completa. En la dimensión clínica: el 72% tuvo riesgo de malnutrición; en la dimensión funcional: el 16% presentó dependencia leve; en estado mental: el 44% tenía deterioro cognitivo y en la dimensión socio-familiar: el 28% tuvo riesgo social. Concluyó que el adulto mayor presentó alteraciones en marcha y equilibrio, alteraciones mentales, riesgo de malnutrición y mal estado nutricional [14].

Herscovici CR. et al. (Argentina, 2021). Desarrollaron el estudio: “Aspectos psicosociales y nutricionales, condición física y actividad en seis centros de retiro de la Ciudad de Buenos Aires”, tuvo como objetivo describir y explorar aspectos psicosociales, nutricionales, de condición física y nivel de actividad en los adultos mayores. Estudio observacional, cuantitativo, exploratorio y transversal, incluyeron 150 ancianos. Los resultados mostraron que el 90% fueron mujeres, 48% pertenecieron a un nivel socioeconómico bajo, 50% con riesgo social y 53,6% con reserva cognitiva satisfactoria, el 53,7% tuvo sobrepeso/obesidad y 10,2% riesgo/desnutrición. Concluyeron que la mayoría de adultos mayores tuvieron bajos ingresos económicos, con riesgo social, con malnutrición por exceso, y con buen estado cognitivo [15].

Rodríguez PC. (Colombia, 2021). Desarrolló el estudio: “Percepción sobre la valoración psicosocial en el adulto mayor del hogar San Francisco Javier de Piedecuesta, Santander de Colombia”, tuvo como objetivo analizar la

percepción sobre la valoración psicosocial en el adulto mayor. Estudio no experimental, descriptivo y de corte transversal, incluyeron 75 personas mayores. Los resultados mostraron que el 40,53% fueron mujeres, el 73,97% con estudios de primaria, el 52% no reportó apoyo familiar, el 27% se encuentra en estado estuporoso/confuso y el 75% presentó movilidad disponible. Concluye que más de la mitad de los participantes no tienen apoyo por parte de la familia, una cuarta parte presenta alteración de la conciencia y la mayor parte no tiene dificultades para realizar sus actividades diarias [16].

Campo E, et al. (Cuba, 2018). Desarrollaron el estudio: “Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado”; Objetivo determinar el funcionamiento cognitivo, autonomía del adulto mayor institucionalizado. Estudio no experimental, cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal, la muestra fue de 37 personas mayores. Los resultados mostraron que el 51,20% fueron mujeres, 32,40% con deterioro cognitivo grave; en cuanto a las actividades de la vida diaria, el 76,70% tenía autonomía total. Conclusión: Los adultos mayores en su mayoría son independientes, no siendo así la funcionalidad cognitiva que presentó mayor deterioro [17].

A nivel nacional

Bobadilla LE y Águila BJ. (Perú, 2020). Desarrollaron el estudio: “Valoración del estado cognitivo-afectivo en asistentes al centro del adulto mayor EsSalud en Chiclayo del 2018”, tuvo como objetivo describir el estado cognitivo – afectivo de la población geriátrica. Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal, incluyeron 62 adultos mayores. Los resultados mostraron que el 52% fueron casados y en su mayoría con estudios de superior. Con respecto a sus variables se encontró que el 50% tuvo estado cognitivo normal; en el estado afectivo, el 11% presentó depresión leve. Concluyeron que el deterioro cognitivo se presentó en el 50% de los participantes, mientras que el rango de depresión fue bajo [18].

Camaclanqui D y Ceras MY. (Perú, 2020). Desarrollaron el estudio: “Valoración clínica del adulto mayor (VACAM) por el profesional de salud del Puesto Salud Chupuro Huancayo 2019”, tuvo como objetivo identificar la

valoración clínica del adulto mayor (VACAM). Estudio observacional, descriptivo y trasversal, la muestra fue 30 personas mayores. Los resultados mostraron que, en la valoración funcional, el 6,7% tenían dependencia parcial; en valoración mental, 53,3% deterioro cognitivo leve, además el 66,7% presentó manifestaciones depresivas; y en cuanto a la valoración socio familiar, el 53,3% presentó riesgo social. Concluyeron que en su mayoría los adultos mayores son independientes, más de la mitad no presentó deterioro cognitivo, casi la tercera parte presentó manifestaciones depresivas y más de la mitad presentó riesgo social [19].

Águila AA. (Perú, 2019). Desarrolló el estudio: “Valoración funcional, mental, afectiva y sociofamiliar de los clubes del adulto mayor en establecimientos de salud I-4 Santa Julia y Algarrobos – Piura 2019”, tuvo como objetivo determinar la valoración clínica del adulto mayor. Estudio no experimental, cuantitativo, tipo descriptivo-prospectivo y de corte trasversal, incluyeron 112 adultos mayores. Los resultados mostraron que el 70,54% fueron mujeres, casados (59,82) y con primario (56,25%). La comorbilidad más frecuente fue la osteoporosis (56,25%); el 91,07% presentó independencia; en el área mental, el 26,79% tuvo déficit cognitivo leve; el 79,46% no presentó manifestaciones depresivas; y el 66% tenía riesgo social. Concluyó que un pequeño porcentaje de adultos mayores presentó algún grado de dependencia, estado cognitivo normal, tuvo riesgo social [20].

Vicuña S. (Perú, 2018). Desarrolló el estudio “Autopercepción sobre los cambios psicosociales que tienen los adultos mayores de la microred de salud, San Juan de Miraflores”, tuvo como objetivo determinar la autopercepción sobre los cambios psicosociales que tienen los adultos mayores. Estudio cuantitativo, aplicativo, descriptivo y trasversal, la muestra fue de 43 adultos mayores. La autopercepción que tienen las personas mayores tiene cambios psicosociales favorable (81,4%) y medianamente favorable (18,6%). Concluye que el mayor porcentaje de las personas mayores tienen autopercepción favorable sobre los cambios psicológicos [21].

Después de haber realizado una revisión exhaustiva de la literatura no se ha encontrado estudios relacionados a la línea de investigación en la región Cajamarca, tampoco a nivel local.

2.2. Bases conceptuales

2.2.1 Bases teóricas

Modelo de cuidados de Virginia Henderson

El sustento teórico del presente estudio es el Modelo de Virginia Henderson. Está centrada en las necesidades humanas y la salud como núcleo central para que actúe la enfermería [22].

Para el modelo, el individuo es un ser integral que se componen de aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales interrelacionados entre sí y conllevan al desarrollo personal, pero para poder lograrlo la persona debe satisfacer 14 necesidades básicas: la necesidad de respirar con normalidad (adecuado intercambio gaseoso entre el alvéolo y el capilar); comer y beber de manera adecuada (buena alimentación y nutrición); eliminación de desechos (adecuada eliminación y control de esfínteres) [22].

La necesidad de movimiento (independiente); descanso (hábitos de descanso y sueño); vestimenta (uso de prendas de vestir); mantener la temperatura corporal (termorregulación por el hipotálamo); higiene corporal (baño de la persona); evitar peligros en el entorno (caídas, moverse); comunicación y necesidades (comunicación y equilibrio emocional); reacción de acuerdo a creencias (valores y creencias individuales); el desarrollo de metas (logros); participación en actividades recreativas (mantener la salud del cuerpo y mente); y descubrir o satisfacer la curiosidad individual (adquisición de nueva información).

El Modelo de Virginia Henderson se relaciona con el estudio debido a que durante el proceso de envejecimiento existe un declive de las capacidades biopsicosociales por la acumulación de radicales libres y la

disminución de los antioxidantes. Siendo necesario, que el adulto mayor reciba el apoyo del personal de enfermería para poder satisfacer sus necesidades básicas para mantener la salud, recuperarse de la afección, se adapte a las nuevas exigencias y mantenga su capacidad funcional.

2.2.2 Valoración de las características biopsicosociales

A. Definición

Proceso diagnóstico multidimensional dirigido a cuantificar la capacidad funcional, patologías, problemas mentales y sociales del adulto mayor con el fin de elaborar un programa de intervención dirigida a mejorar la calidad de vida [23].

No existen instrumentos rígidos para valorar al adulto mayor; por ello se debe centrar en la persona como un ser único, que experimenta de manera distinta el padecer ciertos problemas de salud, para ello la atención tiene que ser de manera individual [23].

a) Dimensiones de la valoración geriátrica

Los componentes de la valoración clínica del adulto mayor (VACAM) son 4, los cuales se detallan a continuación:

1. Valoración clínica: Es la cuantificación de los antecedentes personales y la enfermedad actual, por lo que esta valoración debe ser minuciosa, toda vez que el adulto mayor presenta enfermedades de forma atípica, como infecciones sin fiebre, o infartos de miocardio sin sentir ningún tipo de dolor, entre otros. Además, incluye la evaluación del estado nutricional, pruebas de laboratorio y lista de problemas [24].

En la historia nutricional, se interroga acerca de los hábitos alimenticios de cada adulto mayor. Sin olvidar la importancia de identificar factores que interfieren en el estado nutricional de las personas mayores, que incluye problemas funcionales que dificultan para comer y a la capacidad para adquirir y preparar

los alimentos. Una aportación de interés para evaluar el nutricional de los adultos mayores, es mediante el Mini Nutricional Assesment (MNA) [25].

2. Valoración funcional: Ayuda a identificar si el adulto mayor puede valerse por sí mismo o necesitara ayuda para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, además es un proceso enfocado en la obtención de datos objetivos sobre la capacidad del adulto mayor lograr realizar sus actividades habituales y mantener su independencia en el medio donde se encuentre. Existen 3 tipos de actividades cotidianas: las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) [24].

Las ABVD, son esenciales para generar su propio autocuidado, como: alimentarse, asearse, continencia urinaria y fecal, desplazarse, uso de servicios higiénicos. Las AIVD representan actividades funcionales necesario para la adaptación independiente como: escribir, cocinar. transporte, compras, lavandería, teléfono, manejo de medicamentos o dinero; y las AAVD avalúa el grado de integración en la comunidad y las relaciones sociales. No son necesarios para el mantenimiento de independencia, pero es de suma importancia que el adulto mayor no pierda las relaciones interpersonales con la sociedad. Las escalas de medición más utilizadas son: el Índice de Barthel, el Índice de Katz y la Escala de incapacidad física de Cruz Roja [24].

3. Valoración mental: Es la valoración de la esferas cognitiva y afectiva, teniendo en cuenta que la fragilidad cognitiva se asocia a patologías tales como: problemas cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad de tiroides, problemas renales, problemas respiratorios entre otros [24].

Existen varios test para evaluar la esfera cognitiva, siendo el Mini Mental State Folstein (MMSE) el más utilizado, el cual consta de 5 dimensiones: orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva [24].

Orientación: si el adulto mayor esta lucido orientado en tiempo espacio y persona.

Memoria inmediata: se realizan ciertos ejercicios para evaluar la memoria a corto plazo.

Atención y Cálculo: Se realizan ciertos ejercicios con el adulto mayor para ver si está en la capacidad de resolverlo.

Lenguaje: se les indica que ellos puedan crear frases u oraciones cortas.

Praxis constructiva: se evalúa la capacidad de comprensión y retención de conocimientos [24].

La fragilidad afectiva, se presenta cuando el adulto mayor padece algún problema psicológico, dentro de ellos la ansiedad y depresión las más habituales en esta etapa de vida, por lo que es de vital importancia detectar factores de riesgo que pueden conllevar a estos problemas, Para evaluar la esfera afectiva se utiliza la Escala de depresión geriátrica de Yasavage (Geriatric Depression Scale -GDS-) [24].

4. Valoración socio familiar: Es responsabilidad del profesional médico o enfermero realizar esta valoración, sin embargo, se deben tener en cuenta ciertos datos que pueden repercutir de manera negativa en el tratamiento de un paciente adulto mayor. Aquí se evalúa aspectos como vivienda, ingreso económico,

apoyo social entre otros para ello se utilizó la escala de valoración socio familiar de Gijón [24].

b) Objetivos de la valoración geriátrica integral

Los objetivos de la Valoración Geriátrica Integral (VGI), son [26]:

- Mejorar la precisión del diagnóstico en las diversas valoraciones funcional, física, mental y social.
- Identificar problemas no identificados o nuevos.
- Brindar atención integral rápida y oportuna a cada uno de los adultos mayores.
- Mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- Identificar los recursos del adulto mayor y su familia además de la accesibilidad al establecimiento de salud.
- Brindar atención medica identificando sus necesidades prioritarias.
- Orientar la atención en el primer nivel de atención enfocado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y evitar las hospitalizaciones por presencia de patologías.
- Identificar quien será el cuidador y especificar sus funciones y roles al brindar cuidado al adulto mayor.

c) Lineamientos para la atención integral de las personas mayores

Según el Minsa, existe 8 lineamientos para la atención integral de salud de las personas mayores, las cuales son [27]:

- Brindar atención biopsicosocial en salud a cada uno de los adultos mayores.
- Realizar aseguramiento universal y acceso a la atención médica a todos los adultos mayores sin distinción.
- Ofertar atención centrada en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Mantener capacitados a todos los trabajadores de salud en la atención y cuidado del adulto mayor.

- Mejoramiento del sistema de información de las acciones de salud en beneficio de las personas adultas mayores.
- Promover un dialogo fluido con comunicación asertiva clara y concisa para que el adulto mayor entienda lo que el personal de salud educa.
- Realizar investigaciones en la etapa de vida adulto mayor.
- Realizar alianzas entre diversas instituciones con el fin de mejorar la atención del adulto mayor.

d) Importancia de la atención integral de las personas mayores

Tiene como propósito proveer los servicios de salud con calidez por parte del personal de salud, mediante la promoción de entornos favorables para el envejecimiento activo y saludable. la Valoración al adulto mayor, ayudara a identificar problemas físicos, psicológicos y sociales y a partir de allí brindar atención de acuerdo a los problemas, necesidades y o patologías que presente el adulto mayor [28].

B. Adulto mayor

Es una persona de 60 años o más de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones [29].

Según la Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores, existe 4 categorías, las cuales son [30]:

- a) **Persona adulta mayor activa saludable:** persona adulta mayor que no presenta patologías agudas ni crónicas.
- b) **Persona adulta mayor enferma:** Adulto mayor con enfermedad aguda o crónica, en cualquier etapa o estadio.

- c) **Persona adulta mayor frágil:** Adulto mayor que tiene 2 o más de las siguientes situaciones: mayor de 80 años, presentar dependencia parcial, deterioro cognitivo leve o moderado, con depresión y con riesgo social entre otras.

- d) **Paciente geriátrico complejo:** Es cuando tiene 3 o más de los siguientes criterios: mayor de 80 años, presentar más de 3 patologías crónicas degenerativas, dependencia total, con deterioro cognitivo severo, con problema social, con enfermedad terminal.

2.3. Definición de términos básicos

- a) **Valoración clínica del adulto mayor:** Proceso diagnóstico destinado a identificar la capacidad funcional, patologías, problemas mentales y sociales [23].

- b) **Adulto mayor:** Persona de 60 años o más de edad [29].

- c) **Valoración geriátrica integral:** Es un instrumento que permite integrar conocimientos en la parte clínica, psicológica, mental y social [26].

- d) **Envejecimiento:** Es la consecuencia de una serie de factores tanto internos como externos, que conllevan a cambios biopsicosociales en el adulto mayor [31].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

El presente estudio de investigación se realizó en la comunidad de Pacobamba, ubicado en la parte sur este del distrito de Lajas, provincia de Chota, a una altitud de 2 300 a 2 400 m.s.n.m. La comunidad está conformada por 4 sectores: Pacobamba centro, Lingate, Pedregal y Pampa Grande. En cuanto sus límites, colinda con las siguientes comunidades: por el norte con Anchamchom, por el sur con Las Animas, por el este con San Miguel de Pangoray, y por el oeste con la Rinconada [32].

Las viviendas de las familias son en su mayoría construcciones de adobe, tapial y techo de calamina y piso de tierra; la actividad económica de las familias está centrada principalmente en la artesanía (confección de sombreros) ya que la comunidad hay escasas de pastos y forrajes, es por ello la ganadería es escasa, así mismo los suelos en su mayoría son arenosos que no son agrícolas. Actualmente, cuenta con un aproximado de 955 habitantes, los cuales, en su mayoría son atendidos por el Seguro Integral de Salud (SIS), 449 son varones y 506 mujeres, de los cuales 100 son adultos mayores, 56 viven junto con sus hijos e hijas y 44 de ellos viven solos.

El ámbito de estudio fue la comunidad de Pacobamba, para llegar al caserío desde la ciudad de Chota, vamos por la carretera longitudinal de la sierra hasta llegar a la altura del caserío la Retama el tiempo de viaje hasta aquí es de 15 minutos, de aquí existe un desvío a la izquierda donde hay una trocha carrozable que nos llevará hacia al caserío donde está el puesto de salud en un tiempo promedio de 15 minutos esta carretera se encuentra en mal estado y tiene aproximadamente 3.6 km, los adultos mayores para desplazarse al distrito para realizar sus compras o a cualquier interconsulta en el centro de salud el tiempo a pie es de 1 hora y 10 minutos aproximadamente.

Cuenta con un establecimiento de categoría I-1 sin internamiento, que pertenece a la Microred Lajas y brinda atención de lunes a sábado en horario

de 8:00 am a 14:00 pm; cuenta con los servicios de control de crecimiento y desarrollo (CRED), Obstetricia, Inmunizaciones, Farmacia, Tópico, Admisión, Adulto mayor y Triaje; los adultos mayores que acuden al establecimiento pasan por el servicio de admisión, Triaje, para luego recibir su paquete de en el área del adulto mayor. Actualmente cuentan con 3 trabajadores de salud: 1 Licenciado en Enfermería, 1 Obstetra y 1 Técnico en Enfermería [33].

3.2. Diseño de investigación

La investigación fue de enfoque cuantitativo, se utilizó la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías; de nivel descriptivo, porque describió los componentes de la valoración biopsicosocial (valoración clínica, funcional, mental y socio familiar) [34].

De diseño no experimental transversal porque la recolección de datos se realizó una sola vez y en un tiempo determinado [34].

3.3. Población, muestra y unidad de estudio

La población de estudio estuvo conformada por 100 adultos mayores que estuvieron registrados y fueron atendidos en el Puesto de Salud Pacobamba hasta el 31 de diciembre del 2023.

Por tratarse de un número manejable para los investigadores no fue necesario la obtención de muestra, por lo que se trabajó con toda la población.

La unidad de estudio estuvo conformada por cada uno de los adultos mayores pertenecientes al Puesto de Salud Pacobamba.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años de ambos sexos.
- Adultos mayores afiliados al puesto de salud Pacobamba.

- Adultos mayores que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no estén afiliados al establecimiento de salud Pacobamba
- Adultos mayores que no firmaron el consentimiento informado.

3.4. Operacionalización de variables

Variable: Características biopsicosociales del adulto mayor

a) Valoración biopsicosocial del adulto mayor

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Características biopsicosociales del adulto mayor	Proceso diagnóstico multidimensional y multidisciplinario, destinado a cuantificar las capacidades funcionales y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor con la finalidad de elaborar un plan de	Valoración clínica	– Enfermedad actual	Osteoporosis Hipertensión arterial Dislipidemias, otras.
			– Evaluación nutricional	Estado nutricional normal: De 12 a 14 pts. Riesgo de malnutrición: De 8 a 11 pts. Malnutrición: De 0 a 7 pts.
		Valoración funcional	– Lavarse. – Vestirse. – Uso del servicio higiénico. – Movilizarse.	Independiente: Ningún ítem positivo de dependencia. Dependencia parcial:

	promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda [23].		<ul style="list-style-type: none"> - Continencia. - Alimentarse. 	<p>De 1 a 5 ítems positivo de dependencia.</p> <p>Dependencia total: 6 ítems positivo de dependencia.</p>
		Valoración mental	<p>Estado cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recuerda datos, sucesos y fechas. - Orientación en tiempo y espacio. - Capacidad de razonamiento. - Realiza operaciones matemáticas. 	<p>Sin DC: ≤ de 2 E.</p> <p>DC leve: 3 a 4 E.</p> <p>DC moderado: 5 a 7 E.</p> <p>DC severo: 8 a 10 E.</p>
			<p>Estado afectivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evidencia deseos de vivir y ganas por desarrollar la vida. 	<p>Normal o sin depresión: De 0-5 pts.</p> <p>Depresión leve: De 6-9 pts.</p> <p>Depresión establecida: De ≤ 10 pts.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> – Muestra tristeza, apatía y desanimo frente a las cosas cotidianas. – Se somete a la soledad o el abandono. 	
		<p>Valoración socio familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Situación familiar. – Situación económica. – Vivienda. – Relaciones sociales. – Apoyo de la red social. 	<p>Buena/ aceptable situación social: De 5 a 9 pts.</p> <p>Existe riesgo social: De 10 a 14 pts.</p> <p>Existe problema social: ≥ 15 pts.</p>

***DC:** Deterioro Cognitivo. ***E:** Errores.

3.5. Descripción de la metodología

3.5.1. Métodos

Técnicas de recolección de datos

La técnica que se utilizó para este estudio fue la encuesta de tipo personal (individual), presencial (encuestado y encuestador en un mismo espacio físico), de carácter anónimo [34], que nos permitió recabar la información respecto a las características biopsicosociales del adulto mayor. Además, se utilizó las escalas de manera simultánea para evaluar las características biopsicosociales del adulto mayor. Fue de manera sincrónica, en la cual el adulto mayor fue respondiendo a cada una de las preguntas.

Procedimientos de recolección de datos

- Se solicitó al jefe del Puesto de Salud de Pacobamba indicando el propósito del estudio y nos faciliten el acceso a la base de datos de los adultos mayores (Historias clínicas).
- Posteriormente, se procedió a realizar la selección de la población teniendo en cuenta los criterios de inclusión.
- Previo a la firma del consentimiento informado, se les explicó en que consiste su participación (**Anexo 1**).
- A todos los adultos mayores participantes en el estudio, se les ubicó en sus respectivos hogares, donde pudimos aplicar los instrumentos de colecta de la información.
- Para la aplicación de los instrumentos, se tomó un tiempo entre 20 y 30 minutos.

3.5.2. Materiales

Instrumentos de medición

Se utilizó como instrumentos 5 escalas para determinar las características biopsicosociales del adulto mayor, que incluye las dimensiones: clínica, funcional, mental y socio familiar, como se detallan a continuación:

El **primer instrumento** fue el Mini Nutritional Assessment (MNA) propuesto y desarrollado por Vellas y Guigoz en 1994 [35], el mismo que fue reducido al Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) (**Anexo 02**) [36], en su versión corta al castellano, quien fue sometido a los resultados de validez para MNA-SF (IMC) y MNA-SF (CP): sensibilidad 70% y 67%, especificidad 68% y 66% e índice de Youden 0,38 y 0,33, respectivamente, clasificando correctamente al 68,5% y al 66,5% de los ancianos. Consta de 6 preguntas de la (A - F): la primera pregunta relacionada a pérdida de apetito, cuyas puntuaciones son 0, 1 y 2; la segunda concerniente a pérdida de peso, con puntuación de 0, 1, 2 y 3; la tercera relacionado con movilidad, cuya puntuación es 0, 1 y 2; la cuarta se refiere a alguna enfermedad y/o alteración de la salud mental, con puntuación de 0 y 2; la quinta se refiere a problemas neuropsicológicos, cuya puntuación es 0,1 y 2 y la sexta es sobre Índice de masa corporal, con puntuación de 0, 1, 2 y 3.

El **segundo instrumento** fue el Índice de Katz creado en el año 1958, por un equipo multidisciplinar dirigido por Katz S, y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital (**Anexo 03**) [37]; es aprobada por el MINSA y forma parte de la valoración clínica del adulto mayor; fue validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos, con buena reproducibilidad tanto intraobservador (con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) como interobservador con una concordancia próxima al 80%, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados. Valora seis actividades básicas de la vida diaria (lavado, vestido, uso de servicio higiénico, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación); su puntuación incluye: independiente: cuando ningún ítem es positivo de dependencia, dependencia parcial: de 1 a 5 ítem positivo de dependencia y dependencia total: 6 ítem positivo de dependencia.

El **tercer instrumento** fue el *Short Portable Mental Status de Pfeiffer* (SPMSQ) de Pfeiffer E, 1975 (**Anexo 04**) [38], quien fue validado y

adaptado al castellano por Martínez J. et al [39], en el año 2001; la fiabilidad inter e intra observador del SPMSQ-VE fue de 0,738 y 0,925, respectivamente, alcanzando la consistencia interna un valor de 0,82. Consta de 10 preguntas sobre orientación en tiempo y espacio, memoria, información sobre hechos recientes, capacidad de concentración y cálculo. Para determinar si tiene o no deterioro cognitivo los adultos mayores. La valoración de los ítems se realizó de acuerdo a la respuesta identificada como correcta o incorrecta, asignándole 1 punto por cada respuesta errada y de 0 puntos por cada respuesta correcta.

Para medir la variable deterioro cognitivo se realizó de la siguiente manera: sin deterioro cognitivo = menos o igual de 2 respuestas erradas; deterioro cognitivo leve = 3 a 4 respuestas erradas; deterioro cognitivo moderado = 5 a 7 respuestas erradas; y deterioro cognitivo severo = 8 a 10 respuestas erradas.

El **cuarto instrumento** fue la *Escala Estado depresivo (Escala abreviada de Yesavage)*, creada por Yesavage, et al. 1982 (**Anexo 05**), quien ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. En 1986, Sheikh y Yesavage [40] desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, cuenta con una fiabilidad intra e interobservador de 0,96 y 0,89 respectivamente, considerados como excelentes. El punto de corte con mejor relación sensibilidad/especificidad ha sido el de 5 o más puntos, tal y como recomiendan los autores del cuestionario original, obteniendo un nivel de sensibilidad y de especificidad de 81,1 y 76,7 respectivamente.

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. En la valoración se asigna un punto por cada respuesta coincidente con la que refleja la columna del lado derecho, y la suma total se valora de la siguiente manera: normal: de 0 – 5 puntos, depresión leve de: de 6 – 9 puntos: y depresión establecida: ≥ 10 puntos.

El **quinto instrumento** fue la *Escala de Valoración Sociofamiliar (EVSF)* de Díaz E, 1993 (**Anexo 06**) [41], quien fue trabajadora social de un centro de salud de Gijón pública, dicha escala consta de un coeficiente de correlación intraclass (fiabilidad interobservador) de 0,957, y el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,4467, lo que denota una consistencia interna moderada a pequeña. La escala de valoración social familiar está estructurada en 5 dimensiones: situación familiar, situación económica, vivienda, apoyos de la red social y relaciones sociales, donde cada dimensión consta de 1 a 5 puntos por cada posible respuesta, es decir la puntuación oscila entre 5 y 20 puntos. La puntuación global obtenida es: buena/ aceptable situación social: de 5 a 9 puntos, existe riesgo social: de 10 a 14 puntos y existe problema social: ≥ 15 puntos.

Dentro de los recursos humanos con los que contamos, fueron los investigadores directos responsables del estudio y los colaboradores que formaron parte de la muestra del estudio que fueron los adultos mayores; así mismo, el estudio fue autofinanciado por los autores de la investigación.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Una vez recopilado la información a través de los instrumentos, las variables se codificaron manualmente para facilitar su ingreso en la matriz de datos, luego fueron ingresados para su procesamiento; para tales efectos se utilizó el software Epidat versión 4.2. y la hoja electrónica de cálculo Microsoft Excel 2016.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante la estadística descriptiva, y los resultados se obtuvieron mediante frecuencias absolutas y relativas, promedios y desviaciones estándar, las mismas que aparecieron en forma de tablas simples, considerando las variables de investigación.

3.7. Aspectos éticos y rigor científico

En este trabajo de investigación se siguieron principios éticos, teniendo en cuenta el principio de beneficencia, es decir, la obligación de actuar en nombre de los participantes sin causar daño a ninguno de los usuarios; el principio de dignidad humana fue inviolable, y los investigadores respetaron y protegieron los intereses de los participantes de su dignidad e identidad; y el principio de justicia todos los participantes fueron tratados por igual, y todos los que tuvieron las mismas características requeridas que se requirió en el estudio tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados para ser partícipes en la investigación [42].

El rigor científico fue demostrado por la calidad de la investigación, por lo tanto, por consideraciones de confidencialidad, se consideró la información proporcionada por cada participante de la encuesta; la credibilidad, también conocida como autenticidad, hizo que las respuestas proporcionadas por los participantes sean consideradas verdaderas; confirmabilidad, en este caso, los resultados de la investigación reflejaron la veracidad de los datos proporcionados por los participantes y la transferibilidad o aplicabilidad permite que los resultados de la investigación sean transferidos a otros entornos con características similares [43].

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Caracterizar social y demográficamente al adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.

Tabla 1. Características sociales y demográficas del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.

Características sociales y demográficas	N (100)	% (100,0)	V	M
Edad				
60 a 69 años	51	51,0	26	25
70 a 79 años	28	28,0	14	14
80 a más años	21	21,0	11	10
Sexo				
Masculino	51	51,0	51	-
Femenino	49	49,0	49	-
Estado civil				
Casada (o)	62	62,0	33	29
Divorciada (o)	3	3,0	0	3
Soltera (o)	6	6,0	2	4
Viuda (o)	29	29,0	16	13
Grado de instrucción				
Iletrado	75	75,0	38	37
Primaria	25	25,0	13	12

Nota: V: varones; M: mujeres

La tabla 1 muestra que las características sociodemográficas más frecuentes en los adultos mayores, fueron: el 51,0% tienen la edad de 60 a 69 años; el 51,0% hombres; 62,0% están casados, y el 75,0% son personas iletradas. Estos resultados son similares a los de Herscovici CR, et al. [15], quienes encontraron que el 90% de participantes fueron mujeres; a los estudios de Rodríguez PC [16], donde el 40,53% fueron mujeres y 73,97% tuvieron estudios de primaria; y al de Campo E, et al. [17], en cuanto a la edad, quienes encontraron que el 51,20% fueron

mujeres.

De igual manera, son parecidos al reporte de Bobadilla y Águila, que en su investigación encontraron que el 52% fueron casados y en su mayoría con estudios superiores [18]; y a los de Aguilera AA. [20], que encontró que el 70,54% fueron mujeres, casados 59,82; pero fueron diferentes, en cuanto al estado civil, donde más de la mitad de participantes tuvieron estudios de primaria 56,25%. Sin embargo, son diferentes al estudio de Valverde, quien encontró que el 56% tuvo entre 65 a 74 años, el 38% divorciados, el 60% con primaria completa; no obstante, fueron similares respecto a la edad, donde el 68% fueron mujeres [14].

Según el INEI, la población adulta mayor representa el 13,0%, de los cuales, las mujeres representan 50,4% y los hombres 49,6% [45]; la misma, que refleja el envejecimiento de la población que está relacionado con la disminución de nacimientos, pérdida de población joven, mejoramiento e implementación de los sistemas sanitarios, incremento en la expectativa de vida y disminución de la morbimortalidad. Por otro lado, el incremento de la población femenina adulta mayor, estaría relacionado con el incremento de la expectativa de vida, en comparación a los hombres, superando muchas veces los 85 años de edad [45].

Este incremento de la población adulta mayor de 60 a 69 años (26 varones y 25 mujeres) requiere de mayor petición de los servicios sanitarios, equipamiento y recursos humanos, por lo que es necesario, formar más trabajadores de salud y así poder maximizar la capacidad funcional de este grupo etario limitando los años de dependencia [4].

El incremento de adultos mayores con estado civil de casados (33 varones y 29 mujeres) se correlaciona con los datos del INEI 2020, donde de acuerdo con el estado conyugal, el 63,6% de las personas mayores son casados o convivientes, el 19,3% son viudos y 17,1% tienen otro estado civil. En el grado de instrucción los porcentajes difieren con los del estudio, debido a que en la investigación el predominio del grado de instrucción de iletrados (38 varones y 37 mujeres) se debe a que existe casi un cuarto de población adulta mayor peruana que no cuenta con algún nivel educativo. Otros factores que estarían interviniendo, son: la procedencia

de zona rural y donde existe mayores índices de indigencia, por lo que, el continuar con los estudios superiores no es prioridad, dedicándose a los quehaceres del hogar, hacer trabajos de artesanía y la agricultura [46].

4.2. Estimar clínicamente al adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.

Tabla 2. Valoración clínica del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.

Valoración clínica		N (100)	% (100,0)	V	M
Enfermedad actual /antecedentes personales	Hipertensión arterial	20	20,0	11	9
	Diabetes mellitus	4	4,0	2	2
	Colesterol alto	12	12,0	5	7
	ACV (accidente cerebrovascular)	3	3,0	3	0
	Enfermedad cardiovascular (infarto, arritmia, ICC)	3	3,0	1	2
	Intervención quirúrgica	5	5,0	2	3
	Artritis reumatoidea	10	10%	4	6
	Accidentes	8	8,0	3	5
	Gastritis	35	35,0	20	15
	Estado nutricional normal	32	32,0	17	15
Evaluación nutricional	Riesgo de malnutrición	60	60,0	31	29
	Malnutrición	8	8,0	3	5

En la tabla 2 se muestra en la valoración clínica del adulto mayor, que las enfermedades más frecuentes, fueron: la gastritis 35,0%; seguido por hipertensión arterial 20,0% y el colesterol alto 12,0%. Siendo los más afectados los varones tanto en las enfermedades agudas (gastritis) como las crónicas (hipertensión arterial e hipercolesterolemia), debido a factores de riesgo conductuales como la falta de actividad física, mala alimentación y hábitos nocivos; a factores de riesgo metabólicos como el sobrepeso /obesidad e hipertensión arterial. Estos factores de

riesgo se deben sobre todo a la interacción del adulto mayor con su medio ambiente, que influyen en el desarrollo y progresión de las enfermedades no transmisibles en este grupo etario [47].

En cuanto al estado nutricional, el 60,0% de adultos mayores tienen riesgo nutricional, mientras que, el 8,0% presentó malnutrición. Resultados similares al estudio de Valverde AC [14], quien encontró que el adulto mayor en la dimensión clínica, el 72% tiene riesgo de malnutrición; pero difieren al reporte de Herscovici. CR, et al. [15], quienes encontraron que el 53,7% presentaron sobrepeso/obesidad y 10,2% riesgo/desnutrición.

Según el INEI, el 82,3% de las mujeres adultas mayores tiene algún problema de salud crónico; mientras que, en los varones es de 74,4% [9]; siendo más frecuentes, la hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes mellitus [48]. El estado de salud del adulto mayor no solo depende de la salud física, sino también del estado cognoscitivo, el estado de ánimo y las condiciones sociofamiliares; siendo más proclives en la edad avanzada, puesto que existe mayor predisposición a enfermedades crónicas y degenerativas [10].

En Perú, se han implementado estrategias para la atención integral del adulto mayor en base al fortalecimiento de capacidades técnicas del equipo de salud, normalización de la atención integral del adulto mayor, inclusión de la familia, gobiernos locales y organizaciones comunitarias para mejorar el acceso a la atención del adulto mayor. Conjuntamente, con la participación activa de los adultos mayores en el cuidado de su salud, promoción de su respeto en relación a su cultura, raza, creencias, ideología, etc. [11]. Sin embargo, a pesar de ello, existen limitantes para poder cumplir con estas estrategias, como escaso presupuesto, políticas de salud verticales y la falta de evaluación y monitoreo.

El predominio de la gastritis en los hombres estaría relacionado con la ingesta excesiva de alcohol, comidas picantes, consumo de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), como la aspirina, el consumo de alimentos muy calientes o muy fríos, infección por *Helicobacter pylori*, entre otras; mientras que, la hipertensión arterial y el colesterol alto se debería a la no realización de actividad

física de manera regular, al consumo excesivo de sal y/o azúcares simples de fácil absorción), los cuales contribuyen a la hipercolesterolemia y por consiguiente a la hipertensión arterial. En tal sentido, la valoración clínica debe ser minuciosa, toda vez que el adulto mayor presenta enfermedades de forma atípica o infartos de miocardio sin sentir ningún tipo de dolor, entre otros [24].

Por otro lado, más de la mitad de adultos mayores participantes del estudio tuvieron riesgo nutricional; y cierta proporción malnutrición, los cuales estarían asociados con el proceso de envejecimiento, donde existe disminuida la sensación del gusto y del olfato, por lo que existe menor posibilidad de diferenciar sabores y los olores de las comidas; existe menor acidez gástrica, retardo en el vaciamiento gastrointestinal y una motilidad intestinal disminuida, además de las interferencias propias de la ingesta de varios medicamentos. Además, la pérdida progresiva de piezas dentales y el uso prótesis, provocan significativas molestias y alteraciones digestivas [49]; siendo más común en los varones debido a los malos estilos de vida (consumo de alcohol y tabaco).

Asimismo, el MINSA indica que los requerimientos nutricionales en las personas mayores disminuyen, debido al declive de la tasa de metabolismo basal y una reducción en la actividad física; por lo que, su alimentación debe estar basado en el consumo de proteínas (12%), carbohidratos (45 – 65%), lípidos (< 25%) y minerales (calcio, zinc, hierro, ácido fólico, entre otros) [50]. En tal sentido, la alimentación del adulto mayor debe ser balanceada y variada, que estimule del apetito y bien presentada, apetecible y de fácil masticación y digestión, con la finalidad de ser aprovechables por el organismo y sobre todo evitar los problemas nutricionales ya sea por exceso o por déficit. Además, se debe evitar el consumo de alimentos muy calientes o muy fríos, el consumo de conservantes y/o preservantes, evitar las frituras, grasas saturadas, embutidos, bebidas gaseosas, alimentos enlatados, entre otros.

4.3. Identificar la capacidad funcional del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba – Lajas, 2023.

Tabla 3. Capacidad funcional del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.

Valoración funcional		N (100)	% (100,0)	V	M
Actividades diarias	Independiente	58	58,0	30	28
	Dependencia parcial	39	39,0	19	20
	Dependencia total	3	3,0	2	1

En la tabla 3 se observa que el 39,0% de los adultos mayores tienen dependencia parcial; mientras que, solo el 3,0% tienen dependencia total. Son diferentes con el estudio de Valverde AC [14], quien encontró que el 16% de las personas mayores presentó dependencia leve [14]; a Rodríguez, que encontró que el 75% tuvieron movilidad disponible [16]; al estudio de Campo E, et al. [17], quienes encontraron que 76,70% de los adultos mayores tenían autonomía total en las actividades de la vida diaria, y a los de Bobadilla LE y Águila BJ [18], donde el 11% presentó depresión leve y establecida.

De igual manera, son diferentes a la investigación de Camacllanqui D y Ceras MY [19], quienes muestran en sus resultados que 6,7% de las personas mayores tenían dependencia parcial [19]; y al estudio de Águila AA [20], que muestra que el 91,07% de los adultos mayores presentó independencia.

La capacidad funcional, se refiere al proceso dirigido a obtener la información de la capacidad del anciano de realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio donde se encuentre. Existen 3 tipos de actividades cotidianas: las actividades de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). En este caso, la evaluación de las ABVD incluye: comer, asearse, continencia urinaria y fecal, caminar, transferencias, entre otras [24].

La dependencia en el adulto mayor, se relaciona con los reportes del INEI, en donde las enfermedades crónicas, producen algún grado de discapacidad funcional (42,7%), siendo frecuente la dificultad para emplear los miembros superiores e inferiores (29,0%) [9]. Además, con el envejecimiento existe mayor predisposición a enfermedades crónicas y degenerativas, así como también a alteraciones de la capacidad funcional, que conlleva a una situación de dependencia en el adulto mayor [10].

Por otro lado, el predominio de la dependencia funcional en las mujeres estaría relacionado con la mayor esperanza de vida y la mayor prevalencia de comorbilidades en las mujeres, respecto a los hombres. Con el envejecimiento existe sarcopenia (pérdida de masa muscular) y dificultades en la realización de actividades de la vida diaria, sobre todo en mayores de 90 años. La pérdida de fibra muscular produce cambios inherentes al envejecimiento, ya que existe pérdida de musculatura entre el 12 y 15% por cada diez años, a partir de los 40 años [51].

Frente a la problemática antes mencionada (dependencia en el adulto mayor), el MINSA ha establecido el “Modelo de cuidado integral de salud por cursos de vida para la persona, familia y comunidad – 2021”, para mantener las capacidades físicas, funcionales, mentales y sociales de las personas mayores a través de su atención integral, para reducir las afecciones, evitar complicaciones de enfermedades crónicas, salvaguardar el mayor tiempo de función evitando la dependencia mediante su participación activa, de la familia y de la comunidad [12]; sin embargo, muchas veces no se realiza la atención integral debido a que se prioriza la atención a otras etapas de vida como la etapa de vida niño y gestante.

El predominio de la dependencia parcial en el adulto mayor está relacionado con el proceso del envejecimiento y con las enfermedades crónicas donde existe un declive de las capacidades funcionales del organismo, que conllevan a la disminución de la fuerza muscular y acumulación de grasa, que compromete su movilidad; por lo que, tiene limitaciones para poder realizar algunas de sus ABVD repercutiendo en la pérdida de autonomía, por lo que requieren de la atención de algún familiar y/o cuidador. En tal sentido, la utilización de escalas de medición de las ABVD en el adulto mayor constituye uno de los procesos diagnósticos

primordiales para determinar la capacidad funcional, y en base a ello poder establecer intervenciones para fortalecer sus capacidades y/o prevenir la dependencia en el adulto mayor [24].

4.4. Determinar la capacidad mental del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.

Tabla 4. Capacidad mental del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.

Valoración mental		N (100)	% (100,0)	V	M
Estado cognitivo	No deterioro cognitivo	25	25,0	12	13
	Deterioro cognitivo leve	53	53,0	28	25
	Deterioro cognitivo moderado	16	16,0	7	9
	Deterioro cognitivo severo	6	6,0	4	2
Estado afectivo	Normal o sin depresión	12	12,0	6	6
	Depresión leve	79	79,0	41	38
	Depresión establecida	9	9,0	4	5

La tabla 4 muestra en el estado cognitivo, que el 53,0% de los adultos mayores tuvieron deterioro cognitivo leve; y en el estado afectivo, el 79,0% presentó depresión leve. Son similares al estudio de Valverde AC [14], que encontró que el 44% de las personas mayores tuvieron deterioro cognitivo; y a los de Camacllanqui D y Ceras MY [19], quienes encontraron que el 53,3% de las personas mayores tuvo deterioro cognitivo leve y el 66,7% presentó manifestaciones depresivas.

Son diferentes a la investigación de Herscovici CR, et al. [15], donde el 53,6% presentó reserva cognitiva satisfactoria; a los de Campo E, et al [17], que muestra que el 32,40% tenían deterioro cognitivo grave; a los de Bobadilla LE y Águila BJ [18], que encontraron que el 50% tuvo estado cognitivo normal; y a los de Águila AA [20], en donde el 26,79% tuvo déficit cognitivo leve, y el 79,46% no presentó manifestaciones depresivas.

La valoración mental, se refiere a la evaluación de la esferas cognitiva y afectiva, teniendo en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. Existen varios test para evaluar la esfera cognitiva, siendo el Mini Mental State Folstein

(MMSE) el más utilizado, que evalúa 5 dimensiones: orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva. De igual manera, para evaluar la esfera afectiva, se utiliza varios instrumentos, entre ellas la Escala de depresión geriátrica de Yasavage (Geriatric Depression Scale -GDS-) [24].

Según la OMS, el aislamiento social y la soledad en las personas mayores son factores de riesgo para padecer afecciones de salud mental en etapas posteriores de la vida, como se muestra en los resultados (deterioro cognitivo y depresión). De igual manera, el maltrato (abuso físico, verbal, psicológico, sexual o económico) y el abandono del adulto mayor, tienen graves consecuencias y puede conducir al deterioro cognitivo y la depresión [4].

El predominio del deterioro cognitivo leve en más de la mitad de los adultos mayores partícipes del estudio, estaría vinculado a enfermedades, como: la hipertensión arterial, diabetes mellitus, accidente cerebrovascular, enfermedad de tiroides tiroideas, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónicas, polifarmacia y alteraciones de órganos de los sentidos [24]. De 100 adultos mayores, los más afectados son 41 varones con deterioro cognitivo leve debido a que tienen menor nivel de adaptación compensatorio en comparación a las mujeres con 38 casos que presentan deterioro cognitivo leve [52].

La superioridad de la depresión leve en más de las tres cuartas partes de las personas mayores, estaría relacionado con el padecimiento de algún trastorno psíquico, siendo la ansiedad el más frecuente [24]. Por otro lado, la mayoría de los adultos mayores varones y mujeres afectados por depresión no buscan asistencia por ellos mismos [30]. La depresión es más frecuente en los adultos mayores varones debido a determinantes procedentes de los roles de género que inducen a los varones a expresar mayores probabilidades de experimentar la pérdida de un cónyuge, la soledad, retraimiento social, la discapacidad y las carencias de recurso económicas que predisponen a crear entornos donde las tasas de angustia psicológica son altas [53].

4.5. Identificar la valoración sociofamiliar del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.

Tabla 5. Valoración sociofamiliar del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.

Valoración sociofamiliar		N (100)	% (100,0)	V	M
Diagnóstico sociofamiliar	Buena situación social	25	25,0	12	13
	Riesgo social	62	62,0	32	30
	Problema social	13	13,0	7	6

La tabla 5 muestra que el 62,0% de los adultos mayores presentaron riesgo social; mientras que, el 13,0% tenían problema social. Estos resultados son similares a los de Valverde AC [14], quien encontró que el 28% tuvo riesgo social en la dimensión socio-familiar; a los de Herscovici CR, et al. [15], donde el 50% de los adultos mayores tuvieron riesgo social; a los de Camacllanqui D y Ceras MY [19], quienes encontraron que el 53,3% presentó riesgo social; y a los reportes de Águila AA [20], que encontró que el 66% de los adultos mayores presentaron riesgo social.

En la valoración sociofamiliar, el personal de salud debe identificar datos reales que repercutan en el tratamiento del paciente. Ayudando a que el adulto mayor mejore sus relaciones interpersonales con la familia, amigos y comunidad [24].

Es por ello, que la evaluación sociofamiliar permite la detección de riesgo o problema social. La escala sociofamiliar, consta de 5 ítems (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías [54], y forma parte de la valoración clínica del adulto mayor.

Por otro lado, se sabe que la red social y el soporte familiar juega un rol fundamental en la salud de los adultos mayores; sin embargo, se ha visto que las personas mayores sin apoyo de sus familiares presentan mayor riesgo de mortalidad, presentando no solo problemas físicos sino también problemas mentales. Es por ello, que debe facilitarse el acceso a la atención de salud a las personas adultas

mayores que se hallan en riesgo social mediante las redes sociales de apoyo, con la finalidad de mejorar su situación sociofamiliar [55].

Asimismo, es prioritario que los adultos mayores estén inmersos en las relaciones y comunicación con la sociedad, puesto que influyen en el proceso de su bienestar; por otro lado, es la familia el primer vínculo que tiene el adulto mayor, dando paso a vivenciar eventos sociales y culturales que le generen bienestar. En tal sentido, la conexión de las personas mayores con la comunidad, es fundamental para formar y fortalecer los lazos de amistad con su familia y con los miembros de la colectividad [56].

La superioridad del riesgo social, determinado mediante la valoración sociofamiliar del adulto mayor, muestra que, muchos de los adultos mayores no viven con la familia, por lo que presentan algún grado de dependencia física/psíquica; en la situación económica, muchos adultos mayores ganan menos del mínimo vital; en vivienda: mala conservación, humedad e higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto); y en las relaciones sociales, mantiene la correspondencia solo con los integrantes de la familia [57]. El riesgo social es frecuente tanto en varones como en mujeres ello podría deberse a la falta de ingresos económicos a la familia teniendo en cuenta que el jefe de hogar en este caso los varones ya no trabajan y por ello disminuye el ingreso económico afectando de esta manera ambos adultos mayores, conllevándoles a presentar riesgo social [58].

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Las características sociodemográficas más frecuentes en los adultos mayores, fueron: Adultos mayores entre 60 a 69 años en mayor predominio, en el estudio fueron más hombres que mujeres, más del 50% de adultos mayores son casados y más de la tercera parte de la población son iletrados.

- Según referencia de los adultos mayores las enfermedades más frecuentes, fueron: la gastritis; seguido por hipertensión arterial, colesterol alto, siendo más afectados los varones tanto en las enfermedades agudas como las crónicas; pero también presentaron problemas musculoesqueléticos como la artritis reumatoidea y en un menor porcentaje enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus.

- En lo concerniente a valoración funcional se evidencia de que un porcentaje mayor a 50% se encuentran independientes siendo ello un factor protector en su autocuidado, pero existe cerca de un 40% de adultos mayores que son dependientes parciales (entre ellos un 20% son mujeres y 19% varones) lo cual indica que necesitan ayuda o cuidado de un profesional de salud o un familiar cercano para realizar sus actividades básicas de la vida diaria.

- Respecto a la capacidad mental, predomina el deterioro cognitivo leve siendo los más afectados los varones debido que tienen menor nivel de adaptación compensatorio en comparación a las mujeres; seguido de no presentar deterioro cognitivo, existiendo un porcentaje menor a la cuarta parte de la

población que si presenta deterioro cognitivo moderado mientras que, en el estado afectivo, tres cuartas partes de los adultos mayores presentó depresión leve.

- Referente a la valoración sociofamiliar el predominio es que los adultos mayores presentan riesgo social en más de la mitad de la población en estudio.

5.2. Recomendaciones

A la Escuela profesional de enfermería de la UNACH

- Incentivar a la realización de investigaciones de nivel aplicativo que permitan mejorar la capacidad funcional del adulto mayor además las características biopsicosociales del adulto mayor, puesto que, es un grupo etario vulnerable a diversas enfermedades.

A los estudiantes de Enfermería

- Realizar investigaciones de enfoque cualitativo para entender mejor la situación del adulto mayor, donde nos relataran manifestaciones, percepciones de cada uno de ellos durante el proceso de envejecimiento

Al jefe del Puesto de Salud de Pacobamba

- Realizar dos veces al año la valoración clínica del adulto mayor (VACAM) con la finalidad identificar problemas funcionales, clínicos, mentales y sociofamiliares a tiempo y poder realizar actividades de intervención para mejorar su calidad de vida.
- Realizar coordinaciones con la Micro Red de salud Lajas y realizar campañas medicas de salud dirigida a los adultos mayores, con presencia de médicos especialistas y personal de laboratorio, para identificar de manera temprana ciertas patologías crónicas degenerativas y con ello evitar deterioro en la capacidad funcional, además de ello que cada cierto tiempo los adultos mayores deben pasar consulta con el área de psicología para identificar de manera temprana y oportuna signos de depresión, siendo el objetivo del personal de salud ayudar al adulto mayor a envejecer de manera activa y saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz L. Modelo biopsicosocial: qué es y cómo entiende la salud mental. [Internet]. Barcelona - España, 2020. [Consultado 27 de junio del 2022]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/psicologia/modelo-biopsicosocial>
2. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017. [Consultado 15 de julio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
3. Organización Mundial de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Demencia. [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2019. [Consultado 31 de julio del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/demencia>
4. Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS. [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2019. [Consultado 30 de julio del 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15474:number-of-older-adults-with-long-term-care-needs-will-triple-by-2050-paho-warns&Itemid=1926&lang=es
5. Almenares K, et al. Discapacidad en personas mayores. Rev. Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2021. [Consultado 30 de julio del 2022]; 37 (2): e1467. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000200012

6. Banco Interamericano de Desarrollo. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. [Internet]. Washington, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo; 2018. [Consultado 15 de julio del 2022]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
7. Instituto Nacional de Geriátría. Prevención y reducción de inequidades sociales, cimiento de la cobertura universal de salud. [Internet]. México, Instituto Nacional de Geriátría; 2019. [Consultado 30 de julio del 2022]. 2 (3). Disponible en: https://www.bing.com/search?pglt=41&q=porcentajes+de+adulto+mayor+en+p+araguay+y+uruguay+2023&cvid=ac87df908406435e884c2ba690c6005c&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCTMyNDg3ajBqMagCALACAA&FORM=ANNTA1&PC=U531
8. Banco Interamericano de Desarrollo. Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador. [Internet]. Ecuador, Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. [Consultado 08 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Situación de la población adulta mayor. [Internet]. Lima – Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2022. [Consultado 08 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2021.pdf>
10. Gálvez M, et al. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Rev. Peruana de medicina experimental y salud pública. [Internet]. 2016. [Consultado 30 de julio del 2022]. 33 (2). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/2204/2244#:~:text=La%20valora>

ci%C3%B3n%20geri%C3%A1trica%20integral%20(VGI,prop%C3%B3sito%20de%20desarrollar%20un%20plan

11. Ministerio de Salud Pública. Estrategias para la atención integral de adultos mayores. [Internet]. Argentina, Ministerio de Salud Pública; 2020 [Consultado 31 de julio del 2022]. Disponible en: <https://msptucuman.gov.ar/programas-nacionales/departamento-de-enfermedades-no-transmisibles/programa-provincial-de-atencion-integral-del-adulto-mayor/estrategias-para-la-atencion-integral-de-adultos-mayores/>
12. Ministerio de Salud. Modelo de cuidado integral de salud por cursos de vida para la persona, familia y comunidad - 2021. [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2021 [Consultado 03 de junio del 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/rm-220-2021-minsa.pdf>
13. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Política multisectorial para las personas adultas mayores al 2030. [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables; 2021. [Consultado 30 de julio del 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1934191/Pol%C3%ADtica-Nacional-Multisectorial-para-las-Personas-Adultas-Mayores-al-2030.pdf>
14. Valverde AC. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor institucionalizado en la Casa Hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, 2022. [consultado 31 de julio del 2022]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/39114/4/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n%20.pdf>
15. Herscovici CR, et al. Aspectos psicosociales, nutricionales, aptitud y actividad física en seis centros de jubilados de ciudad de buenos aires. Rev. argent. salud pública. [Internet]. 2021. [consultado 03 junio del 2023]; 13: 211-220. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1853-810X2021000100211&script=sci_abstract&tlng=en

16. Rodríguez PC. Percepción sobre la valoración psicosocial en el adulto mayor del hogar San Francisco Javier de Piedecuesta, Santander. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad Pontificia Bolivariana, 2021. [consultado 03 de junio del 2023]. Disponible en: https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9923/2400_e_4.pdf?sequence=3&isAllowed=y
17. Campo E, et al. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. Rev. Cubana de Enfermería. [Internet]. 2018. [Consultado 31 de julio del 2022]; 34 (4): e1640. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400005
18. Bobadilla LE, Águila BJ. Valoración del estado cognitivo-afectivo en asistentes al centro del adulto mayor EsSalud en Chiclayo del 2018. [Tesis de Título] [Internet]. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2020. [consultado 01 de agosto del 2022]. Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2386/1/TL_BobadillaUbillusLucia_DelAguilaAnguloBilly.pdf
19. Camacllanqui D, Ceras MY. Valoración clínica del adulto mayor (VACAM) por el profesional de salud del Puesto Salud Chupuro Huancayo 2019. [Tesis de Título] [Internet]. Chiclayo, Perú: Universidad Privada de Huancayo: Franklin Roosevelt, 2020. [consultado 02 de agosto del 2022]. Disponible en: https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/224/INFO_RME%20FINAL%20VALORACION%20DEL%20ADULTO%20MAYOR%20%28VACAM%29%20%283%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Águila AA. Valoración funcional, mental, afectiva y sociofamiliar de los clubes del adulto mayor en establecimientos de salud I-4 Santa Julia y Algarrobos – Piura 2019. [Tesis de Título] [Internet]. Piura, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, 2019. [consultado 01 de agosto del 2022]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/5226/1/REP_MED.HUM

A_ANDRES.AGUILA_VALORACION.FUNCIONAL.MENTAL.AFECTIVA.SOCI
OFAMILIAR.CLUBES.ADULTO.MAYOR.ESTABLECIMIENTOS.SALUD.I-
4SANTA.JULIA.ALGARROBOS.PIURA.2019.pdf

21. Vicuña SA. Autopercepción sobre los cambios psicosociales que tienen los adultos mayores que asisten al club del adulto mayor en una microred de salud, San Juan de Miraflores. [Tesis de Título] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2018. [consultado 14 agosto del 2023]. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7703/Vicu%
3%b1a_ns.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7703/Vicu%c3%b1a_ns.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
22. Hernández C, Frutos M. EL modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera [Internet]. 2016 [Consultado 21 de marzo del 2024]. Disponible en: [https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-
H439.pdf;jsessionid=5181008FE356AD918810BEF3E10250CF?sequence=1](https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=5181008FE356AD918810BEF3E10250CF?sequence=1)
23. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Educación Gerontológica para el Personal de Atención Primaria de Salud: Manual de Educación Gerontológica para el Personal de Atención Primaria de Salud. [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Panamericana de la Salud; 2001. [Consultado 05 de agosto del 2022]. Disponible en: https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/proyecto_regional_ops.pdf
24. Castañeda C. Valoración Geriátrica Integral. Rev. Medicina Interna [Internet]. 2015. [Consultado 05 de agosto del 2022]. 19 (3): 1-7. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/997339/03.pdf>
25. Sanjoaquín A, et al. Valoración Geriátrica Integral. [Internet]. 2004. [Consultado 05 de agosto del 2022]. Disponible en: [file:///C:/Users/accer/Downloads/S35-
05%2004_I.pdf](file:///C:/Users/accer/Downloads/S35-05%2004_I.pdf)

26. Hyver CD. Valoración geriátrica integral. [Internet]. 2017. [Consultado 06 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un173h.pdf>
27. Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2005. [Consultado 06 de agosto del 2022]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/922_DGSP197.pdf
28. Ministerio de Salud. Modelo de atención en salud para la persona adulta mayor. [Internet]. El Salvador, Ministerio de Salud; 2018. [Consultado 05 de agosto del 2022]. Disponible en: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/El_Salvador_Modelo_Salud_Atencion_Persona_Adulta_Mayor.pdf
29. Ministerio de Salud. Envejecimiento y Vejez. [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2020. [Consultado 05 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx#:~:text=Generalmente%2C%20una%20persona%20adulta%20mayor,a%C3%B1os%20o%20m%C3%A1s%20de%20edad.>
30. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Mayores. [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2010. [Consultado 05 de agosto del 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
31. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Proceso del envejecimiento. [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de la mujer y desarrollo social; 2008. [Consultado 06 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/cartillas/cartilla1.pdf>

32. Jurado Nacional de Elecciones / Autoridades regionales y municipales. Distrito de Lajas. [Internet]. Chota – Perú, 2021. [Consultado 06 de agosto del 2022]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Lajas
33. Ministerio de salud / Gobierno regional de Cajamarca. [Internet]. Cajamarca, Perú: Ministerio de salud; 2020. [Consultado 06 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.deperu.com/salud-nacional/establecimientos-de-salud-gbno-regional-minsa/pacobamba-lajas-2705>
34. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill. [Internet]. 2018. [citado 06 agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
35. Guigoz, Y. et al. Mini Evaluación Nutricional: Una herramienta práctica de evaluación para calificar el estado nutricional de pacientes ancianos. En: Vellas, B., Ed., The Mini Nutritional Assessment (MNA), suplemento n.º2, Serdi Publisher. [Internet]. 1994. [citado 06 agosto de 2022]; 15-59. Disponible en: [https://www.scirp.org/\(S\(oyulxb452alnt1aej1nfow45\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1162062](https://www.scirp.org/(S(oyulxb452alnt1aej1nfow45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1162062)
36. Molina R., Muñoz B., Martínez de la Iglesia J., Romero M, Molina G. ¿Es válido el cribado nutricional de los ancianos a través del Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) en su versión corta adaptada al castellano? Nutr. Hosp. [Internet]. 2019 [citado 06 agosto de 2022]; 36(2): 290-295. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000200290#t2
37. Trigás M. índice de Katz: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). [Internet]. 2008. [citado 07 agosto de 2022]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/indicedekatz.pdf>
38. Red Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Introducción al Cuestionario de Memoria Acortado -SPMSQ. [Internet]. 2020.

[citado 07 agosto de 2022]. Disponible en: <https://redeleam.cl/wp-content/uploads/2020/03/Cuestionario-de-Pfeiffer.pdf>

39. Martínez J, et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años. *Rev. Medicina Clínica*. [Internet]. 2001 [citado 07 agosto de 2022];117 (4). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacion-validacion-al-castellano-del-S0025775301720404>
40. Sheikh, JI, Yesavage, JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*. [Internet]. 1986. [citado 07 agosto de 2022]; 5(1-2), 165–173. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1988-34658-001>
41. Giménez VM, et al. La Escala de Valoración Sociofamiliar. [Internet]. España, 2020. [citado 07 agosto de 2022]. Disponible en: https://cendocps.carm.es/documentacion/2020_Escala_valoracion_sociofamiliar.pdf
42. Ferro M, et al. La bioética y sus principios. *Acta odontol. venez* [Internet]. 2009 [citado 07 agosto de 2022]; 47(2): 481-487. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029
43. Polit Denise F, Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos*. 6ª ed. México: McGraw-Hill, 2000.
44. Pérez MA, et al. Características sociodemográficas, indicadores de riesgo y atención sanitaria en relación a infecciones de transmisión sexual en población inmigrante de Granada. *Rev. Esp. Salud Publica*. [Internet]. 2019. [citado 14 noviembre del 2023]; 93: e201912102. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100025

45. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estado de la población en el año del Bicentenario, 2021. [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2019. [citado 14 noviembre del 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1803/libro.pdf
46. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú existen más de cuatro millones de adultos mayores. [Internet]. Lima, Perú; Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2020. [citado 14 noviembre del 2023]. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/np121_2020.pdf
47. Del Castillo D. et al. Avances en la investigación de enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2023. [citado 27 marzo del 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000400444
48. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 60,8% de la población de 60 y más años de edad presentó al menos una comorbilidad en el año 2022. [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2022. [citado 14 noviembre del 2023]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-608-de-la-poblacion-de-60-y-mas-anos-de-edad-presento-al-menos-una-comorbilidad-en-el-ano-2022-14399/#:~:text=El%20Instituto%20Nacional%20de%20Estad%C3%ADstica,hi pertensi%C3%B3n%20arterial%2C%20obesidad%20y%20diabetes>
49. Gobierno de Chile. Nutrición y cuidados del adulto mayor: Recomendaciones para una alimentación saludable. [Internet]. Chile, Gobierno de Chile; 2004. [citado 14 noviembre del 2023]. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>
50. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Guía Técnica Alimentaria para Personas Adultas Mayores. [Internet]. Lima, Perú; Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; 2009. [citado 14 noviembre del 2023]. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/Guia_alimentaria.pdf

51. FR, Díaz G, et al. Fuerza de prensión débil y su asociación con la dependencia funcional y el rendimiento físico alterado en adultos mayores de 80 años. Rev. An. Fac. med. [Internet]. 2023. [citado 27 marzo del 2024]; 84 (1): 22-27. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832023000100022
52. Quezada Y, Salazar BC. Adaptación de personas adultas mayores frente al deterioro cognitivo leve: teoría de rango medio. Revista Index de Enfermería. [Internet]. 2023. [citado 27 marzo del 2024]; 32 (3): e14354. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000300012&lng=es&nrm=iso
53. Torres JC, Torres JD. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. Revista Horizonte médico. [Internet]. 2023. [citado 27 marzo del 2024]; 23(3): e2220. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000300006
54. Organización Mundial de la Salud. Salud mental de los adultos mayores. [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2023. [citado 15 noviembre del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-of-older-adults>
55. Gijón. escala de valoración sociofamiliar. [Internet]. 2015. [citado 15 noviembre del 2023]. Disponible en: <https://www.opimec.org/documentos/2997/atencion-a-pacientes-pluripatologicos-proceso-asistencialintegrado/6550/comentarios/>
56. Torres A. et al. Análisis del riesgo de deterioro funcional y sociofamiliar en el adulto mayor hospitalizado. Rev. Médica Sanitas. [Internet]. 2019. [citado 16 noviembre del 2023]; 22 (1): 6-16. Disponible en: <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/409>
57. Serrato AR, Custodio GP. Factores familiares y bienestar personal del adulto mayor de la sociedad de beneficencia de Chiclayo – 2022. [Tesis de Título]

[Internet]. Chiclayo, Perú: Universidad Señor de Sipán, 2023. [consultado 16 noviembre del 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10757/Serrato%20Salcedo%2C%20Aracely%20%26%20Custodio%20Gonzales%2C%20Giancarlo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

58. Edquen KY, Díaz AY. Situación sociofamiliar y estado nutricional en el adulto mayor del centro de salud Huambos, Chota – 2023. [Tesis de Título] [Internet]. Chota, Perú: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2023. [consultado 28 de marzo del 2024]. Disponible en: https://repositorio.unach.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14142/445/Diaz_Mendoza%2c%20AY%20%26%20Edquen_Burga%2c%20KY.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

ANEXO 1: Formato de Consentimiento informado

Consentimiento informado

Título de la investigación:

“Características biopsicosociales del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023”

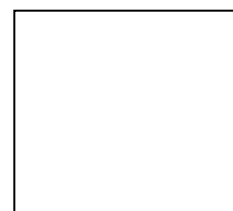
Objetivo de la investigación:

Determinar las características biopsicosociales del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023

Yo....., identificado (a) con DNI N°, mediante la información dada por los Bach. Enf. José Elmer Banda García y Karen Róssely Marín Arana; acepto brindar la información solicitada por los investigadores de manera personal, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Pacobamba.....de..... del 2023.

Firma



Huella

ANEXO 2: Formato de Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Académico
Profesional de Enfermería

*“Características biopsicosociales
del adulto mayor atendido en el
Puesto de Salud Pacobamba –
Lajas, 2023”*

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA-SF)

(Autor: Vellas y Guigoz en 1994; adaptado por: Molina R., et al, 2002)

I. INSTRUCCIONES: La presente escala es anónima y será utilizada sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le suplica que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. Edad:

- a) 60 a 69 años..... (1)
- b) 70 a 79 años..... (2)
- c) 80 a más años(3)

2. Sexo:

- a) Masculino..... (1)
- b) Femenino..... (2)

3. Estado civil:

- a) Casada (o).....(0)
- b) Divorciada (o).....(1)
- c) Soltera (o).....(2)
- d) Viuda (o).....(3)

4. Grado de instrucción

- a) Iltrado..... (1)
- b) Primaria..... (2)
- c) Secundaria..... (3)
- d) Superior técnico..... (4)
- e) Superior universitario..... (5)

III. ENFERMEDAD ACTUAL / ANTECEDENTES PERSONALES

ENFERMEDADES	Si	No
Hipertensión arterial		
Diabetes mellitus		
Dislipidemias		
Colesterol alto		
ACV (accidente cerebro vascular)		
Enfermedad cardiovascular (infarto, arritmia, ICC)		
Cáncer de cérvix / mama		
Cáncer de próstata		
Tuberculosis		
Intervención quirúrgica		
Accidentes		
Otras.....		

Nota: Adaptado de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas mayores. Perú, 2010.

IV. PREGUNTAS

<p>A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?</p> <p>0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual</p>
<p>B. Pérdida reciente de peso (<3 meses)</p> <p>0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso</p>
<p>C. Movilidad</p> <p>0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio</p>
<p>D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?</p>

0 = sí 2 = no

E. Problemas neuropsicológicos

0 = demencia o depresión grave

1 = demencia leve

2 = sin problemas psicológicos

F. Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²

0 = IMC < 19

1 = $19 \leq \text{IMC} < 21$

2 = $21 \leq \text{IMC} < 23$

3 = IMC ≥ 23

Evaluación del cribaje

<i>Estado nutricional normal</i>	:	12-14 pts.
<i>Riesgo de malnutrición</i>	:	8-11 pts.
<i>Malnutrición</i>	:	0-7 pts.

ANEXO 3: Formato de Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Académico
Profesional de Enfermería

*“Características biopsicosociales
del adulto mayor atendido en el
Puesto de Salud Pacobamba –
Lajas, 2023”*

ÍNDICE DE KATZ (Actividades de la vida diaria)

(Autor: Katz S, en 1958)

I. **INSTRUCCIONES:** La presente escala es anónima y será utilizada sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le suplica que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

II. PREGUNTAS

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)	DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
1. Lavarse		
2. Vestirse		
3. Uso del servicio higiénico		
4. Movilizarse		
5. Continencia		
6. Alimentarse		

Diagnóstico funcional

Independiente	(1)	Ningún ítem de dependencia
Dependencia parcial	(2)	De 1 a 5 ítems de dependencia
Dependencia total	(3)	6 ítems positivos de dependencia

ANEXO 4: Formato de Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Académico
Profesional de Enfermería

*“Características biopsicosociales
del adulto mayor atendido en el
Puesto de Salud Pacobamba –
Lajas, 2023”*

Short Portable Mental Status de Pfeiffer (SPMSQ)

(Autor: Pfeiffer E, 1975)

I. INSTRUCCIONES: La presente escala es anónima y será utilizada sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le suplica que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

II. PREGUNTAS

Estado cognitivo (Pfeiffer)	Colocar 1 punto por cada error (<i>E</i>)
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número telefónico? Si no tuviera ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	
¿Cuál es el nombre del presidente anterior?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	

* *E*: Error.

Nota: A las personas con primaria incompleta y analfabeta restar un punto a la suma total.

Diagnóstico cognitivo

No deterioro cognitivo	:	≤ 2 E
Deterioro cognitivo leve	:	3 a 4 E
Deterioro cognitivo moderado	:	5 a 7 E
Deterioro cognitivo severo	:	8 a 10 E

ANEXO 5: Formato de Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Académico
Profesional de Enfermería

*“Características biopsicosociales
del adulto mayor atendido en el
Puesto de Salud Pacobamba –
Lajas, 2023”*

Escala del estado depresivo (Escala abreviada de Yesavage)

(Autor: Sheikh y Yesavage, 1986)

I. INSTRUCCIONES: La presente escala es anónima y será utilizada sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le suplica que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

II. PREGUNTAS

Estado afectivo (Yesavage)	SI	NO
1. ¿Está usted satisfecho con su vida?		
2. ¿Se interesa usted por actividades o intereses que antes hacia?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se aburre a menudo?		
5. ¿Está usted de buen humor la mayoría del tiempo?		
6. ¿Teme que algo malo le suceda?		
7. ¿Se siente feliz la mayoría del tiempo?		
8. ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?		
9. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que otras personas?		
10. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?		
11. ¿Siente que su persona vale poco actualmente?		
12. ¿Se siente lleno de energía?		
13. ¿Siente desesperanza de su situación actual?		
14. ¿Se siente a menudo incapaz?		
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?		

Diagnóstico afectivo

Normal o sin depresión	:	0-5 pts.
Depresión leve	:	6-9 pts.
Depresión establecida	:	≥ 10 pts.

ANEXO 6: Formato de Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Académico
Profesional de Enfermería

*“Características biopsicosociales
del adulto mayor atendido en el
Puesto de Salud Pacobamba –
Lajas, 2023”*

Escala de Valoración Sociofamiliar (EVSF)

(Autor: Gijón, adaptado por Díaz E, 1993)

III. INSTRUCCIONES: La presente escala es anónima y será utilizada sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le suplica que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

IV. PREGUNTAS

Valoración Sociofamiliar	
Pts	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 de país o extranjero)
Pts	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
Pts	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 rustico
5	sentamiento humano (invasión) o sin vivienda
Pts	4. Relaciones sociales
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Relación social solo con 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
Pts	5. Apoyo de la red social
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

Diagnóstico sociofamiliar

Buena/ aceptable situación social:		5-9 pts.
Existe riesgo social	:	10-14 pts.
Existe problema social	:	≥ 15 pts.

ANEXO 7: Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Técnica e instrumento
<p>Características biopsicosociales del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.</p>	<p>¿Cuáles son las características biopsicosociales del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - ¿Lajas, 2023?</p>	<p>Objetivo general: Determinar las características biopsicosociales del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Caracterizar social y demográficamente al adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023. ➤ Valorar clínicamente al adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023. ➤ Identificar la capacidad funcional del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023. ➤ Determinar la capacidad mental del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023. ➤ Identificar las características sociofamiliares del adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023. 	<p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La encuesta. <p>Instrumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Escalas.

ANEXO N.º 03

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Código Tesis Facultad:

Yo Karen Róssely Marín Arana Identificado con DNI N°71830098, egresado de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, autor de la Tesis:

“Características biopsicosociales del adulto mayor atendido en el puesto de salud Pacobamba – Lajas, 2023”

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en la Tesis es auténtica e incuestionable; por lo que, soy consciente de las responsabilidades que pudieran derivarse, en caso se detecte lo contrario y contrapongan las normas descritas por la Facultad de Ciencias de la Salud y por la UNACH.

En señal de conformidad a lo manifestado, firmo la presente.

Chota, 03 de julio del 2024



Firma

DNI N°71830098

ANEXO N.º 03

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Código Tesis Facultad:

Yo José Elmer Banda García Identificado con DNI N°72262041, egresado de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, autor de la Tesis:

“Características biopsicosociales del adulto mayor atendido en el puesto de salud Pacobamba – Lajas, 2023”

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en la Tesis es auténtica e incuestionable; por lo que, soy consciente de las responsabilidades que pudieran derivarse, en caso se detecte lo contrario y contrapongan las normas descritas por la Facultad de Ciencias de la Salud y por la UNACH.

En señal de conformidad a lo manifestado, firmo la presente.

Chota, 03 de julio del 2024

A handwritten signature in blue ink is positioned to the left of a purple ink fingerprint. The signature is cursive and appears to read 'José Elmer Banda García'.

Firma

DNI N°72262041



Acta de Sustentación: Informe Final de Tesis

Siendo las 14:10 del día 19 de marzo del año 2024, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sayarverde y los miembros Dra. Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca y el Mg. Salomón Huamán Quiña y como Asesor de Tesis el (la) Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza. De acuerdo al Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de la Tesis: "Características biopsicosociales del Adulto mayor atendido en el Puerto de Salud Pacobamba - Lajas, 2023" presentada por el (la) bachiller: José Elmer Banda García y Karen Róssely Marín Arana de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó APROBAR la Tesis en mención con la calificación de Trece (13) - Aprobado; por lo tanto el estudiante puede proseguir con trámites ulteriores.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 16 hrs del 19 de marzo del 2024.

Docente	Firma
Presidente Jurado evaluador: <u>Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sayarverde</u>	
Miembro Jurado evaluador: <u>Dra. Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca</u>	
Miembro Jurado evaluador: <u>Mg. Salomón Huamán Quiña</u>	
Asesor de Tesis: <u>Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza</u>	

